

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 2

Le Médecin Français

et la

Loi sur les Assurances Sociales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Novembre 1933

PAR

Paul-Noël MARCADÉ

Ancien Externe des Hôpitaux,

Ex-interne du Sanatorium Arnozan.

Né à SAINTE-OUENNE (Deux-Sèvres), le 2 janvier 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		MAURIAC, professeur.....	Juges.
		PERRENS, professeur.....	
		DAMADE agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 2

Le Médecin Français

et la

Loi sur les Assurances Sociales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Novembre 1933

PAR

Paul-Noël MARCADÉ

Ancien Externe des Hôpitaux,

Ex-interne du Sanatorium Arnozan.

Né à SAINTE-OUENNE (Deux-Sèvres), le 2 janvier 1909.

Examineurs de la Thèse

{	MM. LANDE, professeur.....	<i>Président.</i>
	MAURIAC, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	PERRENS, professeur.....	
	DAMADE agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FAÇULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	N.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
id.....	DUFOUR.	id.....	CHARRIER.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	N.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	N.	Physique médicale.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DAMADE.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Histoire naturelle pharmaceutique.....	N.
Chirurgie générale.....	PAPIN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....			DELGUEL.
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

Merci de tout mon cœur...

A MA GRAND-MERE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MON COUSIN

LE DOCTEUR SOUBIROU

A TOUS CEUX QUI ONT DROIT A MON AFFECTION
OU A MA RECONNAISSANCE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ORAISON

Ancien aide de clinique à la Faculté.

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LANDE

*Professeur de Médecine légale et de Déontologie à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Une formule banale traduirait mal ma reconnaissance envers vous.

Puisse ma vie professionnelle me mériter toujours la bienveillante sympathie dont vous avez bien voulu m'honorer !

« La législation est un bouclier que le gouvernement doit porter partout où la prospérité publique est attaquée. »

« Les lois qui sont, en théorie, le type de la clarté, ne deviennent que trop souvent un vrai chaos dans l'application. — Les hommes et les passions détériorent tout ce qu'ils touchent. »

(NAPOLÉON.)

Le Médecin Français

et la

Loi sur les Assurances Sociales

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter ici n'est pas nouveau : juristes et médecins ont étudié avant nous la loi sur les assurances sociales, qui a été l'objet de publications, dont beaucoup, par la notoriété de leur auteur ou la richesse de leur documentation, resteront infiniment supérieures à notre modeste travail.

Cependant, sans être nouveau, notre sujet est toujours d'actualité : chaque jour et dans tous les milieux, comme on parle de médecine, on parle d'assurances sociales, souvent avec la même incompétence... et le dernier mot n'a pas encore été dit sur la loi nouvelle.

Loin de nous la prétention de dire ce dernier mot !

Ce que nous nous proposons, c'est de considérer la situation du malade, et celle du médecin, à l'heure actuelle, après les premières années d'application de la loi.

Il nous a paru indispensable, avant d'envisager le présent et de penser à l'avenir, de jeter un coup d'œil en arrière.

A l'expérience allemande, si riche en salutaires avertissements, à l'étude du texte de la loi française et de sa genèse, nous consacrerons une première partie.

Dans une deuxième partie nous ferons la critique de ce texte; nous signalerons le grand danger, celui des abus, et les facteurs psychologiques qui le constituent, tant chez le malade que chez le médecin.

Nous étudierons ensuite les moyens de faire de la loi une institution acceptable pour le médecin et salulaire pour le malade : le respect absolu de la charte médicale et l'organisation du contrôle.

Quittant, dans la dernière partie de notre travail, le domaine de la théorie, nous verrons à quels résultats nous ont conduits quelques années d'application de la loi et la façon dont il faut envisager l'avenir.

N. B. — *Laissant volontairement de côté les autres risques couverts par la loi, nous bornons notre étude à l'assurance-maladie.*

PREMIÈRE PARTIE

ORIGINES ET TEXTE

DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

CHAPITRE PREMIER

ETUDE HISTORIQUE

Comme sa méchanceté, la bonté de l'homme est sans âge. De tout temps, le faible a eu, près de lui, des puissants qui pensaient à son bien; à côté du malade, et voulant le soulager, il y a eu, de tout temps, des médecins et des philanthropes. Seuls ont varié les formes des rapports entre le médecin et le malade et les moyens d'action de philanthropes. C'est, en effet, que toutes les branches de l'activité d'un pays sont influencées par sa vie politique. Sur l'exercice de la médecine et sur les manifestations de la philanthropie, la vie politique a retenti profondément, en France, comme partout.

A. — Les lois sociales.

Colbert, déjà, par ses ordonnances du 22 septembre 1668 et du 6 octobre 1674, posait le principe du droit à la pension pour les travailleurs invalides. Dans le grand centre industriel de Mulhouse, à l'aube du xix^e siècle, des patrons organisaient la première institution d'assurance. Aux expositions universelles de Paris en 1855 et en 1866, ces industriels alsa-

ciens exposaient, déjà, des documents destinés à faire connaître les œuvres sociales qu'ils avaient créées et animées.

En 1880, nous avons, en France, des bureaux de bienfaisance et des hôpitaux réservés aux indigents, des maisons de santé privées pour aliénés; quelques rares cliniques chirurgicales gratuites à Paris et dans les très grandes villes. Tandis que le public qui peut payer s'adresse à ses médecins, des sociétés de secours mutuels s'organisent, recrutant des médecins qui acceptent, malheureusement pour l'ensemble du corps médical, des honoraires dérisoires.

L'Assemblée législative, par le décret du 18 août 1792, a aboli les corporations : les médecins sont isolés, impuissants.

Bientôt, luisent les autres parallèles de l'ère pastorienne, de la prophylaxie et de l'asepsie : les maisons de santé chirurgicales naissent, avec les premières institutions de protection sanitaire. Tandis que la loi de 1884 groupe les médecins en syndicats, Budin, en 1892, crée la première consultation de nourrissons; Dufour, en 1894, crée les premières « Gouttes de lait ». Un peu plus tard, Grancher entame la lutte antituberculeuse sociale; son œuvre prend sous sa sauvegarde les tout petits qu'il faut arracher à la contagion du bacille de Koch.

Le 15 juillet 1893 avait été votée la loi sur « l'assurance médicale gratuite »; le 2 juin 1894, la loi sur « la Caisse de secours des ouvriers mineurs »; le 1^{er} avril 1898, la loi sur les « sociétés de secours mutuels ». La même année, on vote la loi sur les « accidents du travail ».

Sans force, s'édifie la frêle façade de l'armement hygiénique actuel, avec ses bureaux et ses inspectorats : c'est la loi de 1902.

Le premier pas est fait : désormais, les institutions sanitaires vont se multiplier, s'épanouir, prospérer.

La guerre : L'office d'hygiène sociale est créé en 1916 par la loi Léon Bourgeois. En 1919, tandis que la loi du 31 mars, par son article 64, accorde aux blessés de guerre,

soins gratuits et pension, les sanatoria publics sont institués par la loi Honnorat, et, bientôt, se développent les centres antivénériens et anticancéreux.

Depuis 1884, depuis sa naissance, le syndicalisme médical, parvenu, non sans peine, à l'état adulte, fait figure dans la société, protestant, s'abstenant, mais n'empêchant rien au début.

La Mutualité, qui connaissait des jours prospères, est détrônée par la médecine sociale qui grandit, poursuivant un idéal qu'on ne saurait méconnaître : une démocratie se doit de donner un peu plus de bien-être et de justice aux humbles, et aux déshérités.

B. — La loi sur les assurances sociales.

Inscrite par Clemenceau au programme du parti radical en 1885, réalisée déjà à l'étranger, la loi française sur les assurances sociales ne pouvait pas ne pas être. Elle illustre si bien les idées contemporaines ! Distribuée autrefois au nom de la charité, l'assistance est aujourd'hui un droit pour le Français privé de ressources.

Tout démocratique qu'en puisse paraître le principe, la loi sur les assurances sociales a été réalisée pour la première fois en Allemagne par l'homme politique le plus autocrate des temps modernes : Bismarck.

L'Alsace et la Lorraine ont subi la loi allemande. Lors du retour de ces deux provinces à la France, leurs industriels ont fait valoir leur infériorité, vis-à-vis de leurs collègues français, du fait des charges que leur imposaient les assurances sociales. M. Millerand, alors haut-commissaire en Alsace, leur fit la promesse d'étendre la loi au reste du territoire.

D'autre part, la France, épuisée par la guerre, avait dû faire appel à la main-d'œuvre étrangère. Par altruisme, ou désirant égaliser les conditions de la concurrence économi-

que, les pays, prêtant des ouvriers, ont réclamé, par l'entremise du « Bureau international du Travail », à Genève, pour leurs ressortissants, les mêmes avantages que ceux dont ils jouissaient dans leur pays d'origine.

Ces précédents ont été les causes déterminantes de l'apparition, en France, d'une loi sur les assurances sociales.

Quoi qu'il en soit, cette loi est essentiellement l'œuvre d'une évolution sociale; c'est l'expression d'un regard, enfin posé sur les malheureux que beaucoup ne voyaient pas; mais c'est par-dessus tout la déclaration nette que la charité est dégradante. C'est un droit de plus ajouté à la longue liste des « droits de l'homme ».

Et cependant, l'homme n'est plus rien devant la société. Si l'émancipation de l'individu a été l'une des conséquences du bouleversement qui débuta en France en 1789, l'individu n'existe plus, un siècle et demi plus tard, qu'en fonction de la masse dont il est un élément, et qui l'absorbe, en même temps qu'elle le soumet à de rudes disciplines.

L'Etat considère que le malade est un fardeau pour lui; et, prenant parti, passionnément pour la santé, il pense au grand nombre, et néglige l'individu; de lui, émanent des lois, dites sociales, qui nécessitent le concours du médecin, puisqu'elles prévoient et organisent les soins médicaux pour leurs bénéficiaires.

Le médecin est un rouage dans cette vaste machine de la santé publique. Dans le fonctionnement des assurances sociales, il est un rouage essentiel, mais il n'est tout de même qu'un rouage; et l'on peut se demander si l'Etat ne veut pas absorber le corps médical tout entier.

Verrons-nous, en France, le parfait médecin-fonctionnaire de l'U. R. S. S., ou le non moins parfait fonctionnaire-médecin des assurances sociales allemandes ?

Quel est le présent, et quel sera l'avenir du médecin français, dans l'application de la loi sur les assurances sociales ?

CHAPITRE II

LES ASSURANCES SOCIALES EN ALLEMAGNE

(avant la réforme du 26 juillet 1930)

Avant d'étudier la loi française telle qu'elle est, il nous paraît intéressant de voir ce qu'ont failli être nos assurances sociales, et les résultats qu'aurait vraisemblablement donné leur fonctionnement si les syndicats médicaux avaient laissé le législateur réaliser son projet d'appliquer, en France, une loi, en tous points semblable à sa sœur aînée : la loi allemande.

La loi sur les assurances sociales a été appliquée aux salariés de l'industrie en 1883, aux salariés du commerce en 1885, pour l'assurance-maladie.

L'assurance-vieillesse fonctionne depuis le 19 décembre 1912 et l'assurance-chômage depuis le 16 juillet 1927.

« L'assurance allemande est née moitié d'un sentiment du devoir moral et social, moitié d'une tactique politique; l'assurance des malades était nécessaire parce que l'absence complète de soins médicaux des classes en voie de paupérisme demandait une obligation de soins (par force). » (Hellpach.)

Actuellement, sur 63.000.000 d'habitants, 20.000.000 sont assurés sociaux et 40.000.000 sont bénéficiaires de l'institution.

La loi comprend 3.000 articles dont l'exécution est confiée à 70.000 fonctionnaires, 1.200 offices d'assurances, plus de 8.000 caisses maladie et 35.000 médecins de caisses (sur 50.000 praticiens). L'Etat dépense annuellement 9 milliards

de marks, dont 6 milliards 1/2 pour les risques accident-maladie (statistique 1931).

« Lors de son application, la loi allemande a été fort bien accueillie; elle garantissait une grande partie de la population contre l'incapacité du travail; elle offrait aux médecins des revenus déterminés et certains; elle édictait un ensemble de mesures destinées à faciliter la vie économique des classes moins élevées. » Cet âge d'or a duré cinq à dix ans. Remarquons que c'était à une époque où l'industrie n'avait pas encore atteint son essor actuel et où une aisance relative mettait le pays dans une situation des plus satisfaisantes.

« Par l'extension irréfléchie de cette obligation aux soins et de ce droit aux soins, le caractère original bienfaisant de l'assurance devint, dans la pratique, une déformation. » (Hellpach.)

Les auteurs allemands peignent le bien triste tableau d'une situation fâcheuse : le docteur Lieck, dans son livre sur les *Méfais des assurances sociales en Allemagne*; le professeur Hellpach, dans son discours de la journée médicale de Essen (juin 1920); le professeur Eppinger dans sa déclaration de Fribourg-en-Brisgau (déc. 1929).

Les publications du professeur Weiss, de Strasbourg, confirment ces dires :

Les assurés sont déçus, et « ils seraient encore insatisfaits, si l'on doublait les prestations »; ils sont démoralisés; les simulateurs pullulent.

Les médecins sont avilis et asservis; le niveau de la pratique et des études médicales a baissé; c'est la pléthore et le prolétariat médical.

Seules les caisses prospèrent, et, affirmant leur omnipotence, commencent à mettre en danger l'enseignement et le travail de recherches des cliniques universitaires.

Les médecins de caisses, en effet, reçoivent un très grand nombre de malades à leurs consultations; le temps leur manque pour faire un examen complet : ils se bornent à faire le certificat nécessaire à l'intéressé pour toucher la prestation

d'assurance, et à ordonner une médecine quelconque. Trop souvent, même, l'assuré demande un bulletin de maladie et refuse de se laisser examiner, à tel point que ces bulletins sont parfois signés d'avance et distribués par un secrétaire.

Ces procédés ultra-rapides sont évidemment au détriment des vrais malades. Par contre, ils favorisent les simulateurs, dont le nombre est impressionnant :

En 1926, le contrôle exercé par la Fédération allemande des caisses-maladie, et portant sur 778 caisses, comptant 7.918.412 assurés, montra une proportion de 56 p. 100 de fraudeurs.

En effet, sur 1.259.016 assurés malades touchant l'allocation, 198.142 furent absents au contrôle, parce que bien portants; 219.931 se déclarèrent spontanément aptes au travail lors du contrôle et 192.133 furent reconnus simulateurs.

En 1929, sur 140.000 membres, la caisse de Nuremberg a dû en faire passer 91.000 devant ses médecins de confiance : on a constaté que la moitié des assurés donnés comme incapables de travailler était en parfaite santé.

Petit fonctionnaire soumis à la tyrannie de la caisse, le médecin ne peut réagir; il a le sentiment déprimant de vouer le meilleur de ses forces et de son talent à des patients qui n'ont plus le désir de guérir, qui, au lieu de demander la santé, sollicitent la faveur de rester malades pour en toucher les avantages. La caisse viole le secret médical; elle a la mainmise sur toutes les décisions thérapeutiques et sur certaines interventions utiles au diagnostic; l'assuré est souvent plus exigeant que le malade privé, et il considère le praticien « comme le dernier des manœuvres » (Weiss). C'en est fini de la confiance, de l'estime et de la considération du malade pour son médecin.

Dès lors, celui-ci, dont la situation matérielle est stable et améliorée, mais qui n'a plus le sentiment de sa responsabilité, la notion altruiste du devoir, ne peut qu'être détesté ou méprisé. Il n'a plus droit aux joies professionnelles et morales de son art. Il est détesté s'il s'oppose à la culture de la

maladie par les assurés; il est méprisé s'il les laisse faire. Dès lors, quand il est las de défendre le « dîner de son maître », comme dit Ruffier, il participe à la curée, au gaspillage des fonds sociaux, et ce sont de scandaleux abus. « Les ouvriers alsaciens citent des médecins chez qui l'on entrerait comme chez un usurier pour leur demander, sans ambage, d'aider à voler la caisse. »

Parallèlement à celle du praticien, la mentalité de l'étudiant a changé. Le nombre des amateurs de « médecine-gagne-pain d'emblée » a considérablement augmenté, et les études sont poursuivies dans « un esprit d'utilitarisme difficile à concevoir ». Ce sera bientôt la fin du travail scientifique, avec la création d'un nouveau genre d'universités, celles créées par les caisses où l'on formera les médecins d'assurances.

En effet, les assurances sociales ont fait la fortune des caisses dont les institutions se multiplient. D'abord, ce furent de petits services spécialisés, puis de grandes maisons de santé avec des « privat docent », des professeurs extraordinaires, des médecins dont les caisses exigèrent une formation spéciale, des stages préliminaires. Ce sont aujourd'hui des hôpitaux, des sanatoria...

Qu'importe, dira-t-on, que les assurances sociales aient dépravé le corps médical ?

Qu'importe qu'elles aient dépravé tout le peuple qu'elles habituent à mentir et à voler ?

Qu'importe qu'elles lui aient donné le triste spectacle d'un corps, honoré au plus haut point jadis, glissant peu à peu dans toutes les compromissions, si elles sont un bienfait pour la santé publique ?

Or, rien n'est plus incertain. M. Strauss rapporte que la mortalité par tuberculose, de 1890 à 1925, a baissé de 36,4 p. 100 en Allemagne, alors qu'elle n'a baissé que de 5,67 p. 100 en France; que la mortalité générale a baissé en Allemagne, depuis l'origine des assurances sociales jusqu'en 1927, de 14 décès pour 1.000 habitants, tandis que, dans le même

laps de temps, en France, elle n'a baissé que de 6,4 décès pour 1.000 habitants.

De tels résultats marqueraient « avec une force irrésistible l'efficacité des assurances sociales pour la lutte contre les fléaux sociaux et pour la sauvegarde de la santé publique », mais le Professeur Weiss, de Strasbourg, conteste les chiffres de M. Strauss et présente des statistiques différentes :

a) Mortalité par tuberculose : elle a baissé en Alsace, sous le régime allemand des assurances, de 1895 à 1920, de 37 p. 100, alors qu'en France, pendant la même période, elle a baissé de 46 p. 100. De plus, le Danemark, où les assurances sociales sont facultatives, et les Etats-Unis, où ne fonctionne pas l'assurance-maladie, détiennent les chiffres records de 8 décès environ pour 10.000 habitants, tandis qu'en Allemagne on compte près de 20 morts par tuberculose sur le même nombre d'habitants.

b) Mortalité infantile (de 0 à 1 an pour 100 enfants) : elle est de 8,3 en France, sans assurances sociales, et de 9,7 en Allemagne. En remarquant qu'elle n'est que de 7,2 p. 100 en Alsace, le Professeur Weiss rend hommage aux œuvres de puériculture du Professeur Rohner, et conclut que les améliorations de la santé publique sont fonction des progrès des mesures hygiéniques et de la thérapeutique, bien plus que du fonctionnement des assurances sociales.

En résumé : déception des assurés, asservissement des médecins, amélioration très douteuse de la santé publique, voilà le triste bilan de l'application de la loi allemande sur les assurances sociales.

CHAPITRE III

LA LOI FRANÇAISE SUR LES ASSURANCES SOCIALES SON PRINCIPE

Le principe des assurances sociales est essentiellement bon et juste; la loi se propose en effet, dit la notice ministérielle, « de protéger des travailleurs salariés contre le risque social », c'est-à-dire contre toutes les éventualités, qui, en dehors des risques de la profession, peuvent atteindre l'individu dans sa capacité de travail : la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès et même le chômage forcé.

A ce titre, on a pu dire que la loi sur les assurances sociales est « incontestablement l'une de celles dont le parlementarisme peut le plus légitimement tirer quelque fierté », tant son essence est supérieurement humaine, et tant elle semble « capable d'assurer le bonheur des hommes ». Nombreux sont déjà, sans doute, ceux que le sort a voulu frapper cruellement et qui ont compris l'étendue et la beauté des gestes qu'elle a pour quiconque souffre et pleure. (Linais.)

Déjà elle soutient la veuve et l'orphelin; demain elle apportera son aide généreuse à ceux qu'une vie de labeur acharné fait prématurément entrer dans la vieillesse.

Pour atteindre son but, la loi exige de l'assuré une cotisation; mais comme la somme journalière qu'il peut, sans trop se gêner, consacrer à l'avenir n'est pas suffisante pour lui assurer l'existence en cas de catastrophe, elle fait une obligation à l'employeur de verser une cotisation égale à celle de l'employé, et à l'Etat d'assurer le surplus néces-

sairé. L'aide de l'Etat, un geste de belle solidarité de la classe aisée vers ses collaborateurs moins bien partagés, mais qui font de leur côté un effort proportionné à leurs moyens, mettent à l'abri de la misère bien des foyers d'honnêtes travailleurs.

L'idéal que se propose la loi sur les assurances sociales est donc généreux et juste au premier chef; il n'est en lui-même nullement discutable; mais ne pouvait-on pas atteindre cet idéal sans la loi ?

Si l'assistance est, en effet, un droit précaire « dépendant de l'état d'équilibre et de prospérité des finances nationales », la Mutualité, par contre, est florissante, et l'on peut se demander si l'on n'aurait pas pu chercher, dans l'élargissement de la Mutualité, la solution du problème des assurances sociales.

La Mutualité, qui représente aujourd'hui la forme la plus répandue de l'entraide prévoyante, remonte aux corporations, véritables syndicats auxquels l'artisan était affilié, et qui avaient une caisse alimentée par les cotisations des membres et par les amendes frappant ceux de ses membres qui s'écartaient des conditions de travail établies. L'on y puisait pour donner des secours aux orphelins et aux ouvriers vieilliss ou infirmes. Actuellement, la Mutualité doit compter 6.000.000 d'adhérents, dont un dixième seulement de membres honoraires. En 1923, les recettes ont atteint 194.505.835 francs, et les dépenses 153.326.822 francs. Au 31 décembre de cette même année, la fortune sociale dépassait 1 milliard.

Cependant, en réalité, et malgré les apparences, la Mutualité alloue, en cas de maladie, des indemnités pécuniaires trop faibles; plus faible encore est le taux des pensions qu'elle sert. Ceci, tout simplement, à cause de l'absence d'obligation.

C'est pour cela que la nouvelle loi établit comme base l'obligation, correctif nécessaire des faiblesses, de l'imprévoyance, inhérentes à la nature humaine.

Mais la loi des assurances sociales ne pouvait-elle pas être sans bouleverser les coutumes traditionnelles de l'exercice de la médecine ?

Autrefois, le malade appelait le médecin, ou se rendait chez lui; tête-à-tête, comparable au tête-à-tête du confessionnal entre le ministre du culte et son pénitent, avec ce correctif de l'intervention habituelle de l'entourage du malade lui apportant, ainsi qu'au médecin, son concours, soit pour renseigner celui-ci, soit pour soigner celui-là. La consultation donnée, la visite faite, ou la maladie terminée, le malade honorait son médecin selon les usages locaux, compte tenu de sa propre situation sociale, de la situation professionnelle de l'homme de l'art, de la nature des soins donnés. Aucun intermédiaire entre eux; ils se demandaient et se rendaient des comptes respectifs, sans l'intervention d'aucun étranger. « ... Les assurances sociales ne pouvaient-elles fonctionner en respectant cet état de choses ? »

En théorie, certainement, oui. Il aurait alors fallu que la loi soit seulement sociale, et non pas médico-sociale. Ne se préoccupant pas elle-même de la question des soins, elle aurait exercé son action tutélaire en se bornant à distribuer à ses assurés des indemnités journalières de maladie leur permettant de se faire soigner par leurs propres moyens.

Il n'est pas besoin d'insister pour montrer toutes les difficultés qu'une telle théorie rencontrerait dans la pratique.

D'ailleurs, il ne nous appartient pas de faire dès maintenant un nouveau projet : la loi est faite; il faut apprendre à la connaître !

CHAPITRE IV

LA LOI FRANÇAISE SUR LES ASSURANCES SOCIALES

SON TEXTE

Nous avons réuni dans ce chapitre les articles de la loi auxquels se rapporte notre étude :

I. — Les caractères généraux des assurances sociales sont exposés dans les trois premiers articles :

a) l'article 1^{er} dicte les principes de la loi : nature des risques garantis, salariés devant être affiliés, salaires nécessaires, manière dont s'effectue l'affiliation;

b) l'article 2 aborde la question des ressources des assurances sociales;

c) l'article 3 limite à 60 ans l'assujettissement obligatoire.

II. — Le risque-maladie est défini et le fonctionnement de cette assurance réglementé par les articles 4, 5, 6, 7, 8 :

a) l'article 4 proclame le « libre choix », détermine le mode de fonctionnement des prestations, la part contributive garantie par les caisses, la participation de l'assuré au tarif de responsabilité, les conventions entre syndicats médicaux et les caisses...;

b) l'article 5 fixe les conditions de droit aux prestations et à l'indemnité journalière;

c) l'article 6 vise le cas de consultations et de traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention;

d) l'article 7 traite du contrôle, et il proclame la « liberté de prescription »;

e) l'article 8 énumère les cas relevant d'une législation spéciale et ne rentrant pas dans le cadre des assurances sociales.

Il faut remarquer qu'il n'existe pas d'article portant atteinte à l'« entente directe », ni au respect du « secret médical ».

A. — Caractères généraux.

ARTICLE PREMIER. — I. Les assurances sociales couvrent les risques-maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille et de maternité dans les conditions déterminées par la présente loi.

II. Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés, de l'un ou de l'autre sexe, dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 francs. Ce chiffre limite sera porté à 18.000 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants et dans les circonscriptions industrielles dont la liste sera déterminée par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail.

Pour les salariés qui ont des charges de famille au sens fixé par l'article 20 de la présente loi, le chiffre limite est augmenté de 2.000 francs s'ils ont un enfant à leur charge, de 4.000 francs s'ils ont deux enfants; il est porté à 25.000 francs s'ils en ont trois ou davantage.

Ne sont pas considérés comme salariés les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le livre II (art. 1^{er}) du Code du travail; 2° qui, sans recevoir de salaires en argent, travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci.

Ne sont pas considérés comme salariés les personnes dont le nombre de journées de travail salarié, accompli habituellement au cours d'une année, est inférieur à 90.

III. L'affiliation s'effectue obligatoirement, et sous les sanctions prévues à l'article 64, à la diligence de l'employeur, dans le délai de la huitaine qui suit l'embauchage de tout salarié non encore immatriculé et rentrant dans les conditions du présent article. Elle est opérée dans le département du lieu de l'établissement dont dépend le salarié, par les soins du service départemental, ou, exceptionnellement, interdépartemental des assuran-

ces sociales, qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'assurance sociale.

IV. Sous réserve des conventions diplomatiques, les salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France et qui y travaillent dans des conditions régulières depuis trois mois bénéficient comme les salariés français des prestations prévues par la présente loi, à l'exception des allocations et des fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration et de solidarité créé par la présente loi.

V. Les salariés étrangers ayant leur lieu de résidence à l'étranger et leur lieu de travail en France depuis au moins trois mois bénéficieront, s'il a été passé à cet effet une convention avec leur pays d'origine, du régime du paragraphe IV ci-dessus.

ART. 2. — I. Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par des versements pour moitié à la charge de l'employeur. C'est à ce dernier qu'incombe, pour toute occupation du salarié, sous les sanctions prévues à l'article 64, l'acquittement de cette double contribution sous forme de vignettes ou de timbres apposés, au moins une fois par mois, sur une carte annuelle pour les risques de capitalisation, et sur des feuillets trimestriels pour les risques de répartition, délivrés gratuitement par le service départemental des assurances sociales.

A défaut de présentation par l'assuré desdits cartes et feuillets, la double contribution est représentée par des timbres apposés par l'employeur sur des cartes et feuillets d'un modèle spécial, à déterminer par arrêté, qui lui sont délivrés sur sa demande par ce service. La carte annuelle doit être échangée à l'expiration du mois anniversaire de naissance de l'assuré, et les feuillets trimestriels doivent être transmis au service départemental dans les dix premiers jours de chaque trimestre. L'employeur doit mentionner sur les timbres la date de l'apposition; les timbres dépourvus de cette mention sont présumés représenter des versements personnels de l'assuré.

Le versement de cette contribution pourra, dans les conditions à fixer par décret, s'opérer par tout autre mode de libération.

Les employeurs qui n'ont pas représenté sur les cartes et feuillets susvisés les versements prescrits dans les délais fixés sont passibles, à compter du premier jour du mois suivant celui dans lequel le paiement était exigible, d'intérêts de retard, calculés au taux de 0,50 p. 100 par mois, sans préjudice des dispositions de l'article 64.

II. Les assurés sont répartis annuellement en cinq catégories; les cotisations et les prestations sont fixées dans chacune des cinq catégories d'après un salaire de base. Ces cinq catégories, le salaire de base, la cotisation journalière et hebdomadaire, mensuelle, annuelle, afférente à chacune d'elles, sont fixées par le tableau suivant :

CATÉGORIES	SALAIRES	SALAIRE quotidien de base	COTISATIONS					
			JOURNALIÈRE			ANNUELLE		
			Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total
1 ^{re} catégorie.	Au-dessous de 8 fr. (1 à 2.399).	6	0,25	0,25	0,50	72	72	144
2 ^e catégorie.	De 8 fr. à 14 fr. 99 (2.400 à 4.499).	12	0,50	0,50	1,00	144	144	288
3 ^e catégorie.	De 15 fr. à 19 fr. 99 (4.500 à 5.999).	18	0,75	0,75	1,50	216	216	432
4 ^e catégorie.	De 20 fr. à 31 fr. 99 (6.000 à 9.599).	24	1,00	1,00	2,00	288	288	576
5 ^e catégorie.	De 32 fr. et plus (9.600 fr. et plus).....	36	1,75	1,75	3,50	480	480	960

III. Le risque-invalidité étant provisoirement assuré par les fonds de majoration et de solidarité, le montant de la double cotisation, qui représente en moyenne pour chaque catégorie 8 p. 100 du salaire annuel de base, est divisé en deux parties égales. Ces deux parts, sous réserve de certains prélèvements, sont destinées : l'une à la couverture du risque-vieillesse, l'autre à la garantie des risques de répartition, maladie, maternité, décès, soins aux invalides.

IV. Un décret déterminera les règles d'évaluation par le ser-

vice départemental, ou exceptionnellement interdépartemental d'assurances, de la rémunération totale annuelle, des salaires et spécialement, du salaire des assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, qui sont rémunérés à l'aide de pourboires ou de commissions, suivant le chiffre d'affaires ou ne travaillent qu'une seule fois ou par intermittence pour le compte d'un même employeur, quand la durée de chaque période de travail est de moins d'une journée; il déterminera les conditions de versements afférents à ces salaires.

V. Le travailleur à domicile rémunéré à façon, aux pièces ou à la tâche, si lui-même est assuré obligatoire vis-à-vis du fabricant pour le compte duquel il travaille, n'est point tenu au versement des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui pour ledit fabricant. Ces contributions sont à la charge de ce même fabricant.

VI. Pour chaque salarié, assuré ou non, dont la rémunération totale annuelle est supérieure au salaire limite fixé à l'article 1^{er}, § 2, et inférieure à 25,001 francs, l'employeur verse au fonds de majoration et de solidarité une contribution annuelle dont le montant est déterminé annuellement par un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail, et du ministre des Finances. Cette contribution ne peut être inférieure au tiers, ni supérieure aux deux tiers de celle que l'employeur aurait à payer pour un assuré touchant une rémunération totale annuelle de 18.000 francs.

Les contributions patronales ainsi visées sont totalisées à un compte spécial du fonds de majoration et de solidarité et leur montant est exclusivement réservé : 1^o au paiement de la cotisation patronale en ce qui concerne les salariés chargés de famille visés au paragraphe 2 de l'article 1^{er} de la présente loi; 2^o éventuellement, au service des indemnités pour charges de famille fixées par l'article 20.

VII. La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

VIII. Aux versements obligatoires, les salariés ou leurs employeurs peuvent ajouter, sans limitation de valeur, des verse-

ments facultatifs, qui donnent droit à des avantages supplémentaires dans des conditions qui seront fixées par décret.

En ce qui concerne les adhérents des caisses d'assurances sociales fondées par les sociétés ou unions des sociétés de secours mutuels, les versements facultatifs prévus à l'alinéa précédent sont effectués directement à celles-ci, et les avantages supplémentaires qui en résultent sont garantis dans des conditions de leurs statuts.

IX. Les assurés qui, en dehors des cas de chômage involontaire prévus à l'article 21, ne se livrent que par intermittence à un travail salarié pourront, dans les conditions à fixer par un décret, effectuer des versements facultatifs afférents aux journées qui n'ont pas donné lieu à rémunération, sans cesser d'être considérés comme des assurés obligatoires, à condition qu'ils justifient annuellement d'au moins quatre-vingt-dix jours de travail salarié, et que ces versements soient au moins égaux, pour chaque jour, au montant de la cotisation totale correspondant au salaire moyen journalier défini par le même décret.

X. En vue d'éviter de perdre leurs droits, les assurés obligatoires peuvent, dans les conditions à fixer par un décret, effectuer des versements facultatifs pour les journées de maladie ou de chômage qui ne donnent pas lieu au paiement des cotisations. Ces versements doivent être égaux au montant de la cotisation totale correspondant au salaire moyen journalier défini par le même décret.

XI. Le produit de la vente des timbres « assurances sociales » est versé par l'Administration des postes et des télégraphes, dans les conditions fixées par décret rendu sur la proposition du ministre des Finances et du ministre du Travail, à la Caisse des dépôts et consignations, qui le porte à un compte de dépôt ouvert dans ses écritures au titre : « Ministre du Travail. Produit de la vente des timbres pour les assurances sociales. » Cette caisse est chargée de la gestion du fonds spécial ainsi institué. Elle doit, sur les indications des services départementaux des assurances sociales, transférer sans retard à chaque caisse d'assurance les sommes qui lui reviennent sur ledit fonds spécial.

XII. Les revenus du fonds spécial sont répartis par la Caisse des dépôts et consignations, à la fin de chaque année, entre les diverses caisses d'assurances, au prorata des sommes attribuées à chacune d'elles pendant ladite année, en représentation du montant des timbres apposés sur les cartes de leurs adhérents.

ART. 3. — I. L'assujettissement obligatoire aux assurances sociales cesse à l'âge de 60 ans. Le salarié a la faculté d'ajourner, d'année en année, la liquidation de ses droits à la retraite. Il demeure, s'il continue à travailler, assuré dans les conditions de la présente loi contre les risques maladie et décès. Le fonds de majoration ne sera tenu, en aucun cas, de majorer la rente viagère de vieillesse acquise par l'intéressé au delà du minimum de pension prévu à l'article 13, §§ 1^{er} et 2.

II. L'assuré retraité pour vieillesse qui continue à travailler est exonéré de toute retenue à sa charge.

III. La contribution patronale est due, pour l'emploi de tout salarié français ou étranger rentrant dans les conditions des articles 1^{er}, § 2, et 2, § 6 : a) dont la retraite de vieillesse, constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation; b) âgé de 60 ans, ou plus, qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

IV. Cette contribution est versée au fonds de majoration et de solidarité, sous les sanctions prévues à l'article 64, dans les formes et les délais fixés par le règlement général d'administration publique.

B. — Risque-maladie.

ART. 4. — I. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, les enfants à charge non salariés âgés de moins de 16 ans, et les pupilles de la Nation remplissant les mêmes conditions dont l'assuré est tuteur, selon les modalités suivantes :

Ne bénéficie par des prestations prévues au présent paragraphe le conjoint d'une ou d'un assuré obligatoire, lorsque son revenu commercial déclaré dépasse le maximum prévu à l'article 37. En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'assuré n'aura droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques, ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

La délivrance de ces appareils sera soumise à la décision préalable d'une commission technique.

II. *L'assuré choisit librement son praticien.*

III. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

IV. La part contributive garantie par les caisses sous réserve des conditions prévues à l'article 33, dans le prix de l'acte médical, est établie par les caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région. Cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré; elle est inscrite, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles, dans les conventions passées entre les caisses et les syndicats professionnels.

Les caisses ne pourront passer de conventions qu'avec des syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par le Conseil supérieur des assurances sociales.

Dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national intéressé, le syndicat professionnel pourra faire appel devant la section médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des assurances sociales. Au cas où cette section confirme l'avis du groupement national, il n'y a pas lieu à l'habilitation. Dans le cas contraire, il est prononcé sur l'habilitation, comme il est dit plus haut, par le Conseil supérieur des assurances sociales.

V. La participation de l'assuré au tarif des responsabilités établi dans les conventions est fixée à 15 p. 100 pour les deux premières catégories d'assurés, et à 20 p. 100 pour les autres, et réalisée suivant les modalités fixées dans les conventions pré

vues au paragraphe précédent du présent article. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixée à 15 p. 100. Un décret déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions. Le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, en aucun cas, excéder par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 p. 100 de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse à cotisation. En cas de maladie exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé conformément aux dispositions du paragraphe 7, alinéa 3, du présent article.

VI. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable du Conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés, ou d'une partie d'entre eux, aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage.

VII. Au cas où les caisses ne pourraient pas conclure avec les Syndicats médicaux les conventions prévues au paragraphe IV ci-dessus, elles pourraient soit prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité établi par elles, soit verser à l'assuré malade (ou à ses ayants droit) une indemnité forfaitaire journalière des soins pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale, ni hospitalisation.

Le minimum de cette indemnité journalière sera égal à 20 p. 100 de la moyenne générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu à cotisation. Dans ce cas, la retenue de 15 à 20 p. 100 à la charge de l'assuré, prévue au paragraphe V, ne saurait jouer. Le minimum d'indemnité journalière pourra être fixé par les caisses à un taux plus élevé, sous leur responsabilité propre et sans pouvoir faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses correspondants.

De plus, des indemnités supplémentaires devront être versées

à l'assuré, lorsque le déplacement du médecin sera nécessaire, ou lorsque le médecin traitant et la caisse estimeront, d'un commun accord, que la maladie exige un traitement spécial, ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la commission technique prévue à l'article 7, § 3.

VIII. Les indemnités prévues au présent article sont dues, à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

IX. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs, ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail, recevra les indemnités spéciales, qui seront prévues dans le règlement intérieur de la caisse.

X. *Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.*

XI. Tous les cinq ans, l'assuré malade ou non sera autorisé à se soumettre à un examen de santé, dont les conditions seront fixées dans les conditions prévues au paragraphe IV du présent article ou, en l'absence de conventions, dans un règlement spécial établi par les caisses.

XII. Les caisses d'assurances sociales ne peuvent faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses résultant de l'application d'un tarif de responsabilité supérieur à celui qui, compte tenu des tarifs syndicaux minima, sera arrêté par le ministre du Travail après avis du Conseil supérieur des assurances sociales.

ART. 5. — I. Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a le droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident et jusqu'à la guérison, ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires.

Cette indemnité est due à partir du quatrième jour si l'assuré a au moins trois enfants ou pupilles de la Nation à sa charge, dans les conditions prévues à l'article 20.

II. Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature

et en argent, l'assuré devra avoir cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs, ou deux cent quarante jours durant les douze mois précédant la maladie, les journées de maladie indemnisées étant décomptées comme journées de cotisation.

III. Lorsque la maladie a duré plus de quinze jours, la caisse d'assurance verse pour chaque jour ouvrable, à partir du seizième, au compte de l'assuré à qui elle sert une indemnité la moitié de la fraction de cotisation qui devra être affectée au risque-vieillesse. Cette fraction est déterminée d'après le salaire de base qui sert au calcul de l'indemnité journalière de maladie.

ART. 6. — I. L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

L'organisation et le fonctionnement technique des établissements fondés par les caisses seront réalisés par les conseils d'administration des caisses, après avis des syndicats intéressés, lequel devra être donné dans un délai d'un mois. En cas de désaccord, ces syndicats pourront, dans le délai fixé ci-dessus, saisir la commission tripartite prévue à l'article 7, § 5, laquelle statuera dans un délai de deux mois.

Les caisses d'assurances sociales pourront passer des contrats avec les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels ayant créé des œuvres sociales dans les conditions de l'article 8, alinéa 7, de la loi du 1^{er} avril 1898, modifié en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents assurés de la présente loi.

II. En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique, à l'égard des malades admis au tarif le plus bas, des malades payants.

III. L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite en cas d'hospitalisation :

du tiers si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge;

de la moitié si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge;

des trois quarts dans tous les autres cas.

ART. 7. — I. *La caisse exerce un contrôle général* sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Dans le cas où existe une convention avec la caisse, *les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes* soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

II. Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. *L'intéressé peut* toutefois exiger qu'ils s'effectuent en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

III. Si une contestation s'élève, en ce qui concerne l'état du malade, entre l'assuré et la caisse, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

IV. *Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes.*

Une commission spéciale sera prévue au règlement d'administration publique, avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

V. Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins, et les tarifs de responsabilité établis par les caisses dans les conditions prévues à l'article 4, §§ 4 et 7, sont soumises à une commission fonctionnant au chef-lieu de département, composée : pour le premier tiers, de représentants de caisses; pour le second tiers, de représentants de groupements professionnels, et, pour le troisième tiers, de représentants des ministres du Travail et

de la Santé publique, y compris les commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf pour le contrôle du service technique, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services, ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel, devant la section permanente, les litiges qui naîtraient entre les parties contractantes de l'application desdites conventions.

ART. 8. — I. Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 :

Les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées, par l'application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

II. Ne donnent pas lieu aux prestations en argent :

Les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

III. Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions fixées aux articles 51 et 54.

C. — Appendice.

Se réclameront des assurances sociales devant le médecin :

a) *Les accidentés du travail* atteints d'une maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident ou les femmes accidentées, en état de grossesse, sous réserve de non-cumul des prestations en argent de la loi sur les accidents du travail (art. 60, § 1^{er}). L'accidenté a droit : d'une part, aux soins motivés par son accident et, d'autre part, aux soins nécessités par sa maladie. Mais il n'a droit qu'au demi-salaire de la loi sur les accidents du travail et non à l'indemnité journalière des assurances sociales. S'il est guéri de sa maladie avant la consolidation de sa blessure, il n'aura rien touché en argent du fait des assurances sociales. Si, au contraire, la maladie continue, après la consolidation de la blessure, il touche

l'indemnité des assurances sociales à partir du moment où cesse le demi-salaire.

b) *Les assurés atteints d'une maladie professionnelle* qui se sont adressés à la caisse d'assurance-maladie, celle-ci étant subrogée de ce fait dans les droits de l'assuré vis-à-vis du ou des employeurs tenus à la garantie du risque professionnel, contre lesquels elle conservera tous les recours utiles (art. 60, § 3).

c) *Les pensionnés militaires*, pour les maladies ou blessures n'ayant pas une origine militaire, jouiront, dans les conditions des autres salariés, des prestations de l'assurance-maladie, mais sans pourcentage de participation aux frais (cette participation est remboursée par l'Etat à la caisse sous forme d'une surprime (art. 51, § 4).

d) *Sont placés en dehors de la loi des assurances sociales* une catégorie de travailleurs énumérée dans l'article 49 de la loi : salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer, les mineurs, les inscrits maritimes, les travailleurs du gaz, de l'électricité, des eaux, le personnel de la Chambre de commerce de Marseille, des banques d'Etat, les instituteurs, etc., qui bénéficient d'un régime spécial régi par des lois ou règlements.

Sont exclus également, jusqu'à ce qu'interviennent de nouvelles dispositions légales ou réglementaires, les habitants des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Moselle, de l'Algérie, ainsi que des colonies et pays du protectorat français (art. 52 et 84).

Sont exclus enfin les assistés non salariés; ils relèvent de la loi de 1893.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CRITIQUE DE LA LOI

Nous venons de voir ce qu'est, dans ses grandes lignes, l'assurance-maladie. Comme toute œuvre humaine, elle a ses qualités et ses défauts : elle présente des lacunes, des difficultés d'application, causées d'injustices; mais elle ne contient rien d'inadmissible ou d'irréparable, et, de ce fait, pourrait être bonne si l'application ne déformait pas son texte et si l'on parvenait à réprimer les abus, qui, malheureusement, semblent inévitables.

« La critique est aisée... » Cette vieille redite classique est bien vraie, certes, dans le cas qui nous occupe. La loi sur les assurances sociales, en effet, a ses détracteurs, qui ont saisi, et amplement mis en lumière, tous ses points faibles, et, qui, emportés par leur enthousiasme destructeur, l'ont dénommée : « la loi folle ».

Dans les lignes qui suivent, nous nous proposons de signaler impartialement les plus grands parmi les défauts, les lacunes et les injustices.

1° *Le point de vue financier*, s'il ne concerne pas directement le médecin, n'en est pas moins intéressant à aborder ici puisqu'il règle la largesse des prestations accordées à l'assuré malade.

La loi avait promis le remboursement quasi total des frais

médico-pharmaceutiques. Elle ne pouvait tenir ses promesses sans déséquilibrer son budget. Le versement annuel de l'assuré moyen est, en effet, de 160 francs pour l'assurance maladie, puisque le salaire journalier est de 20 francs environ. N'est-ce pas bien peu, pour couvrir, avec l'aide de l'Etat, c'est vrai, les soins médicaux, pharmaceutiques, dentaires, de l'assuré et de sa famille pendant une année ? Nous ne parlons pas des cas où il y a lieu d'envisager des journées d'hospitalisation, et, surtout, des honoraires chirurgicaux.

Il est vrai qu'un alinéa introduit dans la loi en 1930 réduit le remboursement des frais de l'assuré à 50 p. 100 de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant donné lieu l'année précédente à cotisations.

De plus, les tarifs annexés aux conventions passées entre les caisses et les syndicats réduisent considérablement le tarif de responsabilité des caisses, en matière de chirurgie et d'hospitalisation.

De cette disposition, pâtissent les chirurgiens et les spécialistes et surtout le malade.

D'autre part, les assurances sociales sont une charge pour l'Etat : certains ont voulu voir dans la loi la cause de la crise économique actuelle. C'est là sans doute une exagération manifeste ; il n'en est pas moins vrai que les économies que peut faire l'Etat sur les retraites ouvrières et paysannes et sur l'assistance ne suffisent pas à couvrir la somme qu'il doit verser aux assurés et aux fonctionnaires nouveaux, nés de la loi nouvelle.

2° *Le point de vue social* prête flanc à pas mal de critiques. Si le principe directeur est bon et juste, la loi, cependant, dans son texte, consacre de criantes injustices :

a) Elle ne tient compte que du salaire. La situation de fortune personnelle ou de la famille de l'assuré est indifférente. Elle met sur le même pied l'ouvrier ou l'employé qui n'a pour vivre et faire vivre les siens que son salaire et le « fils de famille » qui, pour occuper ses nombreux loisirs, est employé chez son père, ou ailleurs, à des appointements ne

dépassant pas les limites fixées par la loi. Elle oblige le millionnaire à être assuré social, pourvu que sa rémunération annuelle ne dépasse pas 25.000 francs.

Il aurait été infiniment plus équitable de déclarer que seuls ceux qui n'ont que leur salaire, qui ne possèdent rien par eux-mêmes, ou du fait de leur famille, seraient assurés sociaux obligatoires.

b) Dans la distinction entre assurés facultatifs et obligatoires gît une autre injustice. Sont assurés obligatoires tous les employés à la solde d'un patron; sont assurés facultatifs ceux qui travaillent à domicile et d'une façon intermittente pour divers patrons ou pour eux-mêmes et qui ne touchent pas un salaire régulier. Ces derniers, qui constituent la masse des artisans ou travailleurs en chambre (horlogers, bottiers, couturières), peuvent s'assurer s'ils le veulent, à la condition de ne pas avoir un gain supérieur au chiffre fixé pour les salariés; mais, alors, ils sont obligés de constituer leur assurance par leurs seuls moyens : ici, pas de patron; l'Etat seul intervient pour les aider dans une faible mesure. Cependant, si l'artisan emploie des ouvriers, il doit verser la cotisation patronale, bien qu'étant souvent plus gêné que l'employé qui touche un salaire régulier (Oraison).

c) Par ailleurs, « il est regrettable que l'assurance facultative n'accueille pas plus largement l'ancien assuré obligatoire. Habitué à un régime de prévoyance qui lui procurait, sans qu'il eût à s'en occuper aucunement, d'appréciables secours en cas de maladie, saura-t-il, du jour où son salaire sera de 4.000 francs plus élevé, mettre en réserve les sommes nécessaires à se procurer des soins, et n'aurait-il pas été bon de lui ménager une plus large transition » ? (Salingardes.)

d) La loi ne protège pas particulièrement la famille nombreuse. Sans doute réduit-elle à deux jours le délai de carence; sans doute augmente-t-elle de 1 franc par jour l'indemnité journalière, qui est moins réduite en cas d'hospitalisa-

tion, mais ces mesures sont nettement insuffisantes. L'intérêt bien compris des caisses et de prendre des mesures appropriées à cette situation, sinon les enfants mal soignés seront plus sujets à la maladie et tomberont alors à leur charge; mais elles doivent le faire surtout parce qu'elles participent à une œuvre sociale et non à une entreprise commerciale, « et qu'il faut, pour assurer la prospérité générale, permettre à la famille, base de la société, de vivre dans les meilleures conditions possibles... » (Salingardès.)

e) La loi est décourageante pour les « grands salariés » qui sont, en quelque sorte, sacrifiés aux très petits salariés. Pour jouir d'avantages identiques, les assurés gagnant 40.000 francs par an, doivent cotiser environ six fois plus que les salariés de la première catégorie. Afin de proportionner davantage les versements et les prestations aux ressources des assurés, « pourquoi ne pas instituer une classe supérieure et diviser en deux la sphère des salariés, qui s'étend, actuellement, de 9.000 à 25.000 francs ? L'assuré trouverait ainsi des avantages plus conformes à son genre de vie, et l'assurance n'aurait qu'à gagner du fait de l'introduction de risques meilleurs ». (Salingardès.)

3° *Le point de vue médical* va nous retenir maintenant. M. Gillet disait, dans une conférence du Comité national d'Etudes sociales et politiques : « Si un homme a de l'eau jusqu'aux chevilles, laissons-le se tirer d'affaires tout seul; s'il a de l'eau jusqu'aux genoux, tendons-lui la main; s'il en a jusqu'au cou, faisons tout pour le sauver ! »

La loi n'agit pas ainsi, et, partant, agit mal. Les articles 4 et 10, renforcés par la circulaire du 2 avril 1932, affirment formellement la suspension des prestations après six mois de soins, quel que soit le nombre de visites ou consultations dont a bénéficié l'assuré pendant ces six mois.

Cette situation, injuste pour les malades graves aigus, l'est encore davantage pour les assurés dont l'état de santé nécessite des soins, mais qui, néanmoins, continuent à travailler, et, par conséquent, à verser régulièrement leurs

cotisations. Si l'aggravation de son mal oblige un tel malade à interrompre son travail au bout de six mois, il n'a même pas droit au secours invalidité, si sa capacité de travail n'est pas réduite des deux tiers. Toutes les mesures prophylactiques se résument en un droit pour l'assuré à une consultation gratuite tous les cinq ans.

Tous ces points, en contradiction avec l'esprit même de la loi, appellent de promptes et efficaces réformes.

A côté de ces injustices, il conviendrait de signaler les lacunes de la loi. Elles sont nombreuses, sans doute : elles se révèlent au médecin ou au légiste à l'occasion de cas litigieux dont la solution est souvent difficile à trouver; c'est ce qui a fait dire à M. Duchesne : « La loi sur les assurances sociales est comme le sphinx béotien; elle pose de véritables énigmes à ceux qui sont chargés de l'appliquer, et notamment aux médecins; encore qu'ils ne courent pas le risque d'être dévorés par le monstre quand ils ne les déchiffrent pas, il y a pour eux un véritable travail de divination qui met leurs cellules cérébrales à une rude épreuve. » Nous pensons que, peu à peu, à mesure que l'on se familiarisera avec la loi nouvelle, ces lacunes se combleront. Elles ne constituent d'ailleurs que des défauts accidentels des assurances sociales.

Un défaut intime, plus redoutable, nous paraît être la possibilité des abus : abus qui sont peut-être la conséquence des imperfections de la loi, mais qui sont, avant tout, le fait de facteurs psychologiques du malade, contre lesquels doit réagir le médecin.

C'est à l'étude de ces facteurs que nous allons nous attacher :

Les assurés sociaux sont les salariés du xx^e siècle. Parmi eux, on trouve les « braves et honnêtes gens », pleins de bon sens, de sagesse et de courage, qui, dans leur petite sphère, travaillent sans haine, demandant seulement à la vie qu'elle leur soit paisible et douce; ce sont les économes, ceux qui adhéreraient de grand cœur aux sociétés de secours mutuels; ce sont ceux qui aiment les assurances sociales qui leur don-

nent la sécurité du lendemain et leur met la paix dans le cœur. Pour eux, le caractère obligatoire des assurances sociales n'était nullement nécessaire : ils ont apprécié d'eux-mêmes le principe généreux de la loi ; ils éprouvent un sentiment confus, peut-être, mais plein de reconnaissance envers l'Etat qui a pensé à eux.

Mais, si ce type d'ouvrier demeure le type dépeint dans la littérature, il n'en est pas moins vrai qu'il tend à disparaître de plus en plus de la vie réelle.

Rousseau disait : « L'homme naît bon, la société le déprave. » Avec l'essor, l'extension, la prépondérance qu'a pris de nos jours la société, ne nous étonnons pas si l'homme devient mauvais !

De fait, l'assuré social du type le plus répandu est le citoyen-travailleur, bien différent du « brave ouvrier » classique, *et dont la mentalité même est un danger pour le bon fonctionnement des assurances sociales.*

Il ignore les 142 articles ; il ne connaît la loi que par ce qu'on lui en a dit, et-on lui a dit bien des choses fausses ou déformées. On a insisté, devant lui, sur le fait qu'il s'agissait, non d'une loi d'*assistance*, mais d'une loi de *prévoyance* ; au lieu de lui montrer les « *avantages* » qu'il pouvait en tirer, on lui a affirmé que c'était un « *droit* » strict que lui donnaient ses minimales cotisations. Qu'il est aidé par son patron, par l'Etat, c'est-à-dire par tous ses frères humains, il l'a oublié volontiers. Pour un peu, il se déclarerait lésé par les retenues mensuelles faites sur son salaire, et, *pratiquement, beaucoup réclament un supplément de salaire égal à leur contribution.*

Lorsque l'occasion se présente, lorsque survient la maladie, c'est pour l'assuré le moment d'opérer une juste reprise sur son ennemi : la caisse d'assurance. Dès lors, il demande au médecin de le soulager, mais non de le guérir ; il fera durer une maladie ; il exagérera des symptômes morbides sans importance ; s'il a subi un dommage corporel durable, au lieu d'essayer de s'adapter le mieux possible à sa nou-

velle situation, de chercher à récupérer une bonne partie de sa capacité de travail, il affichera la plus grande mauvaise volonté.

Et si la maladie ne l'atteint pas, ce sont alors les plus odieuses simulations. Avec la mode actuelle des « resquilleurs », dont tout le monde sourit, on finit par ne plus savoir où commence le vol, et nombreux sont ceux qui pensent qu'exploiter une collectivité, ou l'Etat, n'est pas un vol.

Les assurés sans scrupules sont un mauvais exemple qui fait tache d'huile, et démoralise les bons.

En définitive, l'assuré est insatiable, ou bien il est démoralisé : c'est pourquoi l'enquête de M. Decourt, en 1931, montre que, dans l'ensemble, les assurés français sont mécontents de la loi nouvelle.

Il est grand temps d'agir et de combattre les idées fausses : il faut réaliser l'éducation du public. C'est au médecin, en rapports quotidiens avec l'assuré, qu'incombe cette tâche. Il doit l'accomplir, tout d'abord, en ne se faisant jamais le complice du malade; par sa moralité, par son honnêteté, il doit être un exemple; il doit conseiller sagement l'assuré qu'il devine enclin à frauder.

A côté des abus manifestes, bien des fautes de la part du malade ne sont souvent que la traduction de son ignorance de la loi. Pour la lui faire connaître, le médecin peut user de conversations, de conférences, de tracts, d'affiches.

Un moyen commode est l'en-tête imprimé sur chaque feuille d'ordonnance, ou l'avis inscrit dans la partie réservée aux instructions de la feuille de maladie.

Dans le *Concours médical*, le Docteur Challanel a proposé l'en-tête de feuilles d'ordonnance suivant :

ASSURANCES SOCIALES.

(Lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930.)

Avis aux assurés sociaux.

Aux termes de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, tout malade a le libre choix du médecin et du pharmacien. La confiance, c'est-à-dire le libre choix, est facteur de guérison.

Aux termes de la loi (art. 378 du Code pénal) et de la morale, le médecin est tenu au secret médical envers tous les tiers. Les certificats de maladie ne sauraient donc porter le diagnostic. Seuls font exception les certificats médico-légaux d'accidents du travail, de maladie contagieuse, de service militaire, d'assistance. La loi interdit au médecin d'inscrire lui-même le nom du malade sur l'ordonnance. Aux termes de l'article 41, § 2, du décret du 5 avril 1929, lorsque le malade use de son droit de s'adresser au médecin de son choix, il règle directement son médecin (entente directe), et, à l'aide du reçu, ou de la feuille de maladie signée ou des ordonnances, il se fait rembourser par la caisse de la part des frais médicaux et pharmaceutiques dont celle-ci a la charge. Le tiers payant est générateur d'immoralité.

Aux termes de la loi (art. 1382 du Code civil et art. 67 de la loi du 5 avril 1928), tout individu qui, par menaces ou pression, détournerait un malade de l'exercice de son droit serait passible de poursuites, de dommages-intérêts ou d'amende.

Enfin, aux termes de l'article 52, § 4, du décret du 5 avril 1929, les bénéficiaires des assurances sociales ne peuvent s'opposer au contrôle exercé dans les conditions déterminées par le présent article. Ils doivent exiger, toutefois, d'être examinés en présence de leur médecin traitant.

Plus simplement, en Gironde, d'après la « Convention entre les Caisses d'assurances sociales et la Fédération des syndicats médicaux », est inséré, dans la partie de la feuille de maladie réservée aux instructions, l'avis suivant :

Le malade a le libre choix de son médecin (art. 4, § 2, de la loi).

Le malade règle directement et comptant les honoraires de son médecin, au tarif ordinaire de clientèle.

L'assuré se fait rembourser par sa caisse la part contributive garantie par celle-ci suivant son tarif de responsabilité (art. 4, § 4).

La connaissance de la loi et un contrôle vigilant doivent contribuer à enrayer les abus et les fautes des assurés; mais c'est le médecin qui, en exerçant honorablement sa profession, est à même de réaliser le contrôle le plus efficace.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LA CHARTE MEDICALE ET LES ASSURANCES SOCIALES

« Les excès démagogiques d'une loi mal venue, manquant d'une base financière solide, a résolu de faire supporter son erreur au corps médical en l'amputant de ses libertés traditionnelles. » Voilà ce que l'on a dit du premier projet d'assurances sociales. S'en est suivi le conflit âpre, presque tragique, dont les syndicats médicaux sortirent vainqueurs : la loi, actuellement en application, respecte la charte professionnelle; *c'est-à-dire tout ce qui fait de la médecine une profession libérale* :

- liberté d'accorder ou de refuser ses soins;
- liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle;
- liberté de réclamer les honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociale du client, professionnelle du praticien;
- respect du secret professionnel;
- libre choix du médecin par son malade.

Il se trouve que ces « droits » du médecin : libre choix, liberté de prescription, entente directe, respect du secret médical, sont les bases d'une bonne médecine, d'une méde-

cine de confiance. Pour le médecin, faire respecter ses droits, c'est déjà faire son devoir, c'est même faire presque tout son devoir.

A. — Libre choix.

L'article 4, dans son paragraphe 2, dicte ainsi le principe du libre choix : « L'assuré choisit librement son praticien ». Cet alinéa de la loi n'est arrivé à sa forme concise qu'après une longue discussion. La Commission d'hygiène du Sénat avait présenté un texte qui limitait le choix de l'assuré aux praticiens figurant sur une liste dressée par la caisse, cela afin de consolider le système de tarification obligatoire que les caisses auraient fait agréer par des médecins. Mais le vœu des assurés était, comme celui du corps médical, en faveur de l'entière liberté, « la liberté de confiance », comme l'a appelée le Docteur Grinda, rapporteur du projet à la Chambre. En fait, la suppression de la liste fait disparaître le risque de voir la loi inapplicable dans les communes où tous les médecins auraient refusé d'y figurer; elle entraîne la chute de la tarification obligatoire, mais elle permet la mise en vigueur d'un tarif syndical, ou mieux d'un tarif conventionnel, établi par un accord entre les caisses et les syndicats de praticiens.

Si le principe du libre choix favorise ainsi le fonctionnement de la loi dans des conditions normales, il a surtout l'intérêt d'être la condition essentielle de la seule médecine possible : la médecine de confiance. Le malade accorde sa confiance à un médecin, à « son » médecin, et cette confiance rend le praticien plus fort devant le mal qu'il a à combattre que le thérapeute le plus éminent. C'est ainsi que le malade d'hôpital se plaint souvent d'être mal soigné. Il a pourtant sans cesse à sa disposition un maître de la science médicale, des assistants, un chef de clinique, un interne, tout un personnel spécialisé qui s'occupe de lui. Il lui manque seulement parfois d'entendre les quelques

paroles d'encouragement que lui dirait « son médecin », celui qu'il a choisi pour lui confier sa santé et ses peines.

Et cependant n'a-t-on pas prétendu que le public actuel ne se souciait plus de la personnalité du médecin qui le soignait ?

L'introduction dans la technique médicale d'un certain machinisme a donné au public l'idée que la médecine d'aujourd'hui est moins un art qu'une science appliquée, disposant de critères de certitudes; on a pensé « qu'aux yeux du public, ce n'est plus de son propre fond que le médecin tire tout ce qui lui permettra de soigner et de guérir, mais d'un machinisme impressionnant ».

Qu'importe, a-t-on dit, dès lors, la personnalité qui emploie ce machinisme, si, entre dix mains différentes, les mêmes données sont obtenues sur lesquelles se basera une thérapeutique adéquate.

Ce sont là, pensons-nous, des discours de « malades bien portants », qui veulent paraître « à la page », et non l'illustration d'une mentalité nouvelle du malade qui réclamera toujours, à côté des soins, la consolation que seul peut lui donner l'homme qu'il a choisi.

Le succès des dispensaires antivénériens, ou autres, ne nous semble pas un argument de valeur contre l'utilité du libre choix. Si les syphilitiques se pressent nombreux vers des médecins qui leur sont étrangers, il faut expliquer ce fait par des raisons d'ordre économique. Les malades de dispensaires bénéficient de la gratuité d'un traitement qui leur serait très onéreux et, d'autre part, nombre d'entre eux sont suivis par « leur médecin ».

Bref, nous approuvons fort le paragraphe de la loi qui accorde le libre choix du médecin par le malade. Le paragraphe suivant limite ce libre choix, mais dans une mesure modérée, très sage. — Il dit, en effet : « Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité

aux médecins (ou aux sages-femmes) de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien, ou en général à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé. »

Notons que, si le médecin traitant juge indispensable d'appeler un confrère en consultation, c'est la caisse qui paie le consultant. C'est seulement si la consultation n'est qu'une fantaisie du malade qu'elle reste à ses frais. De plus, le mutilé de guerre, bénéficiaire des assurances sociales, conserve le droit qu'il tient de la loi du 31 mars 1919 de s'adresser, hors de sa commune de résidence, aux services médicaux du Ministère des Pensions.

Enfin, en cas d'hospitalisation nécessaire, l'assuré ne peut exercer son choix qu'entre les établissements de soins appartenant à sa caisse, ou ayant passé convention avec elle. Il est alors obligatoirement soigné par les praticiens de ces établissements; s'il s'adresse à d'autres, les suppléments de frais qui en résultent sont à sa charge.

En résumé, et en tenant compte des restrictions signalées, on peut dire que le libre choix de l'assuré s'exerce entre tous les médecins pourvus du diplôme français nécessaire, membres ou non des syndicats contractants qui ont adhéré aux clauses d'une convention passée avec les caisses, et les médecins non syndiqués acceptant les conclusions de la convention et le contrôle.

Sous réserve de son devoir de faire connaître à ses adhérents, par la voie qui lui convient, les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'un médecin par le conseil de famille de la Fédération, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination par voie de circulaires, affiches, ou tout autre moyen susceptible d'influencer le libre choix de l'assuré entre les médecins ayant adhéré à la convention.

B. — L'entente directe.

La loi sur les assurances sociales ne change rien théoriquement dans les rapports des médecins et des malades pour le paiement des honoraires : l'assuré social doit payer comme un client ordinaire. Il se présente, muni d'une feuille de traitement, « feuille de maladie », délivrée par la caisse, sur laquelle le médecin marque l'acte médical effectué et signe dans la colonne réservée à l'acquit, certifiant ainsi qu'il a été régulièrement honoré par son malade. En présentant la feuille de maladie ainsi acquittée à la caisse, le malade sera remboursé de la part que couvre la caisse suivant son tarif de responsabilité.

Les tarifs sont établis par les conventions passées entre syndicats médicaux et caisses d'assurances; ils varient donc suivant les régions, mais sont tous établis en tenant compte du rapport de MM. Grinda et Antonelli qui a justement attiré l'attention sur les dangers de tarifs par trop bas.

Sans doute, pour essayer de diminuer la marge que paie l'assuré, on a tenté d'obtenir des syndicats médicaux l'abaissement de leurs tarifs minima en faveur des assurés sociaux; mais on n'a pas perdu de vue que « réclamer du médecin un maximum de travail pour un minimum de salaire serait une duperie dont les assurés et le budget des caisses seraient les premières victimes. Le médecin ne peut visiter et soigner attentivement qu'un nombre limité de malades; homme de science, il demeure un perpétuel étudiant qui poursuit un but désintéressé : prévenir, supprimer les maladies qui le font vivre, les guérir rapidement quand ses efforts pour les éviter ont été vains. Cependant, pour être soignés convenablement, les assurés sociaux doivent être traités comme des clients payants ordinaires : ainsi rien n'est changé dans l'exercice de la profession médicale. Pas de médecine « au rabais », pas de médecine « en gros, en série, cataloguée », à juste titre si sévèrement condamnée. « Les médecins traiteront leurs malades avec toute leur science et tout leur

dévouement. A leur chévet, dans le silence de leur cabinet, pour étudier les cas épineux ou inquiétants, ils leur consacreront tout le temps nécessaire. »

Chaque caisse établit un tarif, fixant le prix de l'acte médical, compte tenu des tarifs médicaux minima pratiqués dans la région. Toutefois, les communications à la caisse, par le syndicat, de son tarif syndical minimum n'a pas pour effet d'obliger un médecin à accepter ce tarif.

La convention indique également le tarif syndical pour l'hospitalisation dans les cliniques privées, les hôpitaux, les sanatoria. Sur leurs tarifs de responsabilité, les caisses exercent une retenue légale de 15 à 20 p. 100, suivant la catégorie de l'assuré, c'est-à-dire que la caisse rembourse à l'assuré 80 à 85 p. 100 du prix de l'acte médical fixé par le tarif.

Pour la petite chirurgie, il existe un tarif dans lequel chaque petite intervention (P. C.) est multipliée par un coefficient variable, qui va de 2 à 6, en prenant pour base de P. C. le prix de la visite à domicile, soit 20 francs en Gironde. Une ponction d'hydarthrose par exemple est évaluée : P. C. 4 = 80 francs.

N ^o DE LA NOMENCLATURE	DESIGNATION	COEFFICIENT
C. ou V.	Consultation simple, ou avec injection sous-cutanée, injection intramusculaire, pose de ventouses simples ou scarifiées, pointes de feu, massage.....	1
	(Le prix de la visite est égal à celui de la consultation, augmenté de l'indemnité de déplacement.)	
V. D.	Visite demandée le dimanche	2
P. C. n ^o 1	Injection sous-cutanée de sérum physiologique	2
Idem	Injection sous-cutanée de sérum antitoxique.....	2
Idem	Injection intraveineuse médicamenteuse (autre que celle de novarsénobenzol)	2
Idem	Hémothérapie (auto ou hétéro)	2
Idem	Prise de sang pour Wassermann ou analogues.....	2
Idem	Ouverture d'abcès superficiel (ou d'hématome).....	2
Idem	Grand pansement	2
Idem	Cathétérisme de l'urètre	2
Idem	Injection intra-utérine	2
V. N.	Visite de nuit.....	3
P. C. n ^o 2	Injection intraveineuse de novarsénobenzol.	3

N ^o DE LA NOMENCLATURE	DÉSIGNATION	COEFFICIENT
Idem	Saignée	3
Idem	Ponction d'abcès froid.....	3
Idem	Suture simple (1 ou 2 points).....	3
Idem	Tamponnement des fosses nasales pour épistaxis ..	3
P. C. n ^o 3	Ponction d'hydarthrose	4
Idem	Ponction d'hydrocèle	4
Idem	Ponction lombaire	4
Idem	Ponction d'abcès froid avec injection modificatrice..	4
Idem	Très vaste pansement.....	4
Idem	Pansement intra-utérin	4
Idem	Extraction de corps étranger superficiel.....	4
Idem	Ponction d'ascite	5
Idem	Ouverture d'abcès froid.....	5
Idem	Réunion par suture multiple (plus de 2 points)....	5
Idem	Réduction de hernie étranglée par taxis.....	5
Idem	Traitement de l'asphyxie	5
P. C. n ^o 4	Ponction de pleurésie (évacuatrice)	6
Idem	Accouchement simple (y compris 9 visites consécutives)	40
Idem	Accouchement gémellaire (y compris 9 visites consécutives)	60

En matière d'interventions chirurgicales, la Confédération des syndicats médicaux français a établi une nomenclature applicable à la France entière. Cette nomenclature est basée sur le chiffre clé *k* dont la valeur varie suivant les départements (en Gironde, $K = 25$). Un coefficient variable avec chaque acte chirurgical multiplie le chiffre clé. Pour une appendicite, par exemple $K \times 60 = 25 \times 60 = 1.500$ francs. Le tarif de responsabilité des caisses est basé sur les mêmes principes, mais le chiffre clé ne vaut que 8, les coefficients restant les mêmes. Pour conserver notre exemple, une appendicite est remboursée : $60 \times 8 = 480$ francs.

Si ces tarifs nous semblent bas pour le médecin et pour le chirurgien et le spécialiste, nous leur reprochons surtout de laisser une trop grande différence à payer par l'assuré. Néanmoins, il ne serait pas non plus souhaitable de voir diminuer par trop la part de frais incombant au malade. Elle constitue, en effet, ce que l'on a appelé le « ticket modérateur ». La charge (théoriquement évaluée à 15 ou 20 p. 100)

du montant des honoraires médicaux, que supportent les assurés, les incite à une certaine discrétion : elle suffirait à éviter la plupart des abus si le médecin respectait l'« entente directe ».

La loi des assurances sociales donne au corps médical la possibilité d'être payé comptant : si le malade, momentanément gêné, ne peut payer, il a *théoriquement* la possibilité d'emprunter à la caisse. « Quand la caisse jugera devoir faire une avance, elle l'inscrira sur la feuille de maladie et n'en consentira de nouvelle que sur justification des paiements en vue desquels la précédente avait été accordée. »

C. — Liberté de prescription.

Aux termes de la loi, la liberté de prescription est formellement reconnue : le médecin est libre de soigner les assurés comme il l'entend. « Il est le premier juge du nombre des visites et de la nature des soins aussi bien que de la quantité et du choix des médicaments ». La loi prévoit que « les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes. »

Ainsi, le praticien peut employer tous les moyens qui lui paraissent propres à amener la guérison; mais en usant de cette liberté le médecin ne doit pas abuser. « Il ne doit pas perdre de vue que les assurés sociaux appartiennent à une clientèle modeste, qui n'est pas habituée à des dépenses médicales ou pharmaceutiques de luxe. Il n'y a pas de raison valable pour que, devenue assurée, elle prenne le goût d'une thérapeutique dispendieuse qui ne serait que du gaspillage. Liberté ne veut pas dire licence. L'intérêt bien compris du malade ne conduit pas nécessairement à la dilapidation des deniers de la caisse : prescrivez ce qu'il faut, mais rien que ce qu'il faut. » Le tarif de responsabilité n'existant pas pour les fournitures pharmaceutiques, l'assuré aura tendance à pousser à la consommation; le médecin ne devra pas se prêter à ces abus qui « entraîneraient la ruine des caisses, qui ne serait un profit pour personne ».

Les spécialités, en raison du prix élevé de la plupart d'entre elles, ont incité le législateur à restreindre la liberté de prescription : la loi prévoyait une commission spéciale qui serait « chargée d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments officinaux autorisés ». *En réalité, cette commission n'a jamais fonctionné.*

a) Légalement, devraient être remboursées toutes les spécialités dont la vente est légale en France. Or, sont légaux tous les médicaments qui « portent inscrit sur les flacons, boîtes, paquets et emballages qui contiennent ou enveloppent les produits, le nom et la dose de chaque substance active entrant dans leur composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien qui compose le médicament (Décret du 13 juillet 1926). En pratique presque tous les produits, et spécialement ceux qui ne font de réclame qu'auprès du corps médical, sont de vente légale en France;

b) Les caisses *n'ont pas le droit de dresser une liste de spécialités permises*, ni de fixer arbitrairement un taux de remboursement variable pour chaque espèce;

c) Les syndicats médicaux, dans leurs conventions avec les caisses départementales, n'ont aucun droit pour dresser une liste de spécialités permises.

En résumé, et sous réserve de ne pas abuser en se faisant le complice de l'assuré, le médecin peut soigner son malade comme bon lui semble.

La liberté de prescription est absolue; « seuls sont interdits au médecin les médicaments secrets ou de compérage, parce que le pharmacien a le devoir et l'obligation légale d'en refuser la vente et le débit ».

D. — Le secret médical.

Sur la pression du corps médical, la loi sur les assurances sociales n'a stipulé aucune dérogation à la règle du secret professionnel; des dispositions ont été prises pour que la nature exacte de la maladie ne soit pas divulguée.

Et, cependant, le secret médical, comme les autres privi-

lèges de notre profession, a subi, lors de la création de la loi, de violentes attaques. Etabli dans l'intérêt du seul individu, il paraissait une gêne à l'intérêt collectif, et le public lui-même semblait encourager ceux qui voulaient le détruire.

Il y a quelques années, *l'Echo de Paris* organisait un « concours de cas de conscience » ; l'un des problèmes proposés aux lecteurs était le suivant : un conducteur de transports publics est atteint d'un anévrysme de l'aorte ; sujet à des syncopes, exposé à une mort soudaine, il constitue un danger pour ses voyageurs. De plus, sa situation est fort modeste ; il a une femme, quatre enfants ; s'il cesse son travail, c'est la misère pour tous les siens. Le médecin qui le soigne doit-il prévenir la compagnie ? Le gagnant du concours (qui était une gagnante) répond affirmativement, et trouve que le devoir du médecin est « clair comme la lumière du jour ». Ce cas semblerait prouver que le public se fait du secret professionnel une tout autre idée que le corps médical ; il n'y attacherait pas la même importance. Pour lui, le secret ne devrait être observé que si sa révélation était de nature à nuire à la collectivité dans laquelle il se place ; mais si, au contraire, cette révélation pouvait avoir son utilité en se montrant salvatrice de vies humaines, pas d'hésitation, le médecin devrait parler.

Bien qu'elle soit celle de certains médecins que « laissent rêveurs » ceux qui se font scrupule de violer le secret, cette façon de penser nous paraît être d'un égoïsme écœurant. Ceux qui prennent des allures « d'altruistes », en sacrifiant verbalement l'individu à la collectivité, oublient toujours de se considérer en tant qu'individu ; ils pensent qu'ils font partie de la collectivité et envisagent leur seul intérêt sous le masque de l'intérêt général. Qu'un jour, ils soient « le malade » qui confie à son médecin ses tares physiques, et remet entre ses mains le sort de toute sa vie matérielle et morale, ils renieront alors leurs théories passées !

L'abolition du secret médical n'est souhaitée véritablement par personne ; de plus, elle serait un danger.

Ce serait arriver pratiquement au non-traitement ou au trai-

tement empirique, ce qui est pire, de certaines affections que le malade ne veut, pour rien au monde, divulguer. Dès lors, violer le secret médical dans un but de prophylaxie sociale serait aller directement à l'encontre de ce but, le malade se déroband au traitement *plutôt que de voir sa maladie ou celle des siens inutilement communiquée à tous les scribes d'une administration.*

En fait, l'article 378 du Code pénal conserve toute sa forme dans l'application de la loi sur les assurances sociales : « Le secret médical est intangible par ceux qui y sont tenus, comme par ceux à qui il est dû. » Le médecin est tenu au secret; le malade n'a pas le droit de l'en délier.

Le médecin est tenu au secret, c'est-à-dire qu'il doit se borner à mentionner l'acte médical accompli (C. : consultation; V. : visite; O. : ordonnance) et la durée probable de l'affection sans préciser la nature exacte de celle-ci, sans consigner aucun diagnostic.

Le malade aussi est tenu au secret, en ce qu'il n'a pas le droit d'en délier son médecin : il ignore en effet les conséquences que pourrait entraîner une telle façon d'agir.

Bref, le secret médical reste, avec les assurances sociales, « au-dessus de chacun de nous et au-dessus du corps médical tout entier » : « c'est aux lois, aux institutions, de s'accommoder de lui, et non à lui à plier devant elle », car, ainsi que l'a dit M^e Garçon, « la théorie du secret est indépendante et autonome; elle doit être construite en vue de ses propres fins ».

En résumé, et en faisant exception pour le « risque-invalidité », le médecin doit rester fidèle au secret médical dans l'application de la loi sur les assurances sociales. S'il se présente une affaire exceptionnelle, très grave; si après avoir tout essayé, nous estimons que notre devoir est de violer la loi et le secret médical, alors, n'hésitons pas : « courons le risque glorieux et rare du héros qui sait désobéir à la consigne quand c'est l'ultime et unique moyen de sauver une situation désastreuse ! ».

CHAPITRE II

LE CONTROLE DANS LES ASSURANCES SOCIALES

Il serait naïf et vain de croire qu'il suffit de montrer aux malades et aux médecins leur devoir pour supprimer les abus dans l'application de la loi sur les assurances sociales. Le commencement de la sagesse sera toujours dans la crainte, et c'est sur le contrôle qu'il faut surtout compter.

Dans le cas qui nous occupe, la loi le prévoit sous deux formes : tout d'abord, un *contrôle général*, qui appartient à la caisse et qui est le contrôle de l'assuré; ensuite un contrôle du médecin, exercé par les syndicats médicaux sur la demande du médecin contrôleur : c'est le *contrôle technique*.

Les attributions de ces contrôles sont établies dans le règlement général d'administration publique du 26 juillet 1930, en vertu de l'exécution de la loi du 30 avril 1930, par les articles 25, 26, 27, 30, 40 et 41.

A. — Le contrôle général, ou administratif.

Il est exercé par des contrôleurs, des dames visiteuses, des visiteurs cantonaux, dont la mission est de constater la réalité de la maladie, la durée du repos, l'obéissance aux prescriptions médicales, telles que le repos au lit, à la chambre. Ils doivent *surtout s'assurer que le malade ne travaille pas pour son compte personnel* ou pour le compte d'un patron autre que son patron habituel. Ce contrôle, dont on saisit la valeur, doit être fortement organisé; agissant avec tact et discrétion, ses agents peuvent collaborer très utile-

ment au dépistage et à la répression des abus, tâches qui incombent au médecin contrôleur. Le médecin contrôleur est le véritable défenseur de la caisse devant le malade. S'il doit consentir à l'assuré l'intégralité des avantages légitimes que la loi lui accorde, il ne doit avoir pour lui aucune faiblesse; la loi lui impose deux obligations :

1° *Il ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant; il doit respecter les règles de la déontologie et le libre choix du médecin par le malade; « son contrôle ne doit en aucun cas entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments »* (art. 25 et 26 du règlement d'administration publique).

2° *Il ne doit pas donner de soins aux assurés affiliés à la caisse.* Toute contestation qui s'élève entre l'assuré et la caisse, en ce qui concerne l'état du malade, est réglée par la commission technique instituée par l'article 7, § 3, de la loi du 30 avril 1930, composée du médecin traitant, honoré par l'appelant, du médecin contrôleur de caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix, payé par la partie défaillante.

En contrôlant l'assuré, au point de vue médical, le médecin contrôleur contrôle le médecin traitant.

B. — Le contrôle médical et syndical.

a) Le rôle du médecin contrôleur a été, au début, l'objet de protestations de la part des médecins : aux uns échappait la raison ou l'importance de ce contrôle; *les autres craignaient la découverte de leurs procédés frauduleux.* De gré ou de force, le contrôle est aujourd'hui admis : le médecin contrôleur apprécie la médication instituée par le médecin traitant, il en discute la nature, la valeur, l'abondance; il doit à l'occasion rappeler le médecin traitant à une conduite thérapeutique plus sage et plus réservée; *ceci avec la plus grande discrétion*, mais aussi avec la plus grande fermeté. Il sera, pour l'honnête praticien, un médecin conseil, qui le guidera dans les cas litigieux, en le faisant profiter

de ses connaissances administratives; en l'appuyant dans ses résistances utiles, en opposant son veto formel et définitif aux exigences injustifiées, en prenant, de la décision arrêtée d'un commun accord, l'entière responsabilité, au regard du malade ou de sa famille, contre lesquels le médecin traitant ne pourrait suffisamment se défendre.

Dans les cas où les abus lui semblent réels, le médecin contrôleur déclenche le contrôle syndical.

b) Le syndicat qui a passé convention avec la caisse « contrôle la façon dont les services techniques sont assurés par les médecins syndiqués et par les médecins non syndiqués qui ont accepté de donner leurs soins aux assurés », soit en signant l'adhésion à la convention, soit en remplissant et en signant les feuilles de maladie.

Avant de déposer une plainte au syndicat, la caisse, en collaboration avec son service médical, établit, compulse et étudie le dossier du praticien suspect. Il est nécessaire qu'il en soit ainsi sous peine de s'exposer, comme cela est arrivé, à voir la caisse plaignante devenir accusée par le médecin traitant suspecté à tort.

Lorsque l'instruction est terminée, que le dossier est constitué, le président prévient le médecin incriminé et le directeur de la caisse qui ont le droit d'assister à la séance ou même de se faire représenter, ou assister par un avocat inscrit au barreau. Le jugement est rendu dans une forme nettement judiciaire, et les *sanctions* varient suivant la gravité du délit :

- a) avertissement avec ou sans communication à la caisse;
- b) blâme;
- c) amende;
- d) exclusion temporaire ou définitive de la participation au traitement des assurés.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'organisation du contrôle dans l'application de la loi sur les assurances sociales.

On voit qu'il s'accommode très bien du secret médical : pour qu'il fonctionne normalement, *il suffit, en effet, qu'il n'y ait pas de secret entre le médecin traitant et le médecin contrôleur*; celui-ci, ayant la confiance de la caisse, *n'a aucune précision à donner, d'autant plus que la caisse, ou l'administration, n'ont aucune compétence technique médicale*; de ce fait, d'ailleurs, la suppression du secret ne renforcerait en aucune manière le contrôle.

Retenons, pour finir, le rôle très délicat du médecin contrôleur. Ame véritable du bon fonctionnement du contrôle, il doit apporter dans l'accomplissement de sa mission du discernement, du tact, de l'autorité. Il doit observer étroitement les règles de la déontologie et s'imposer à tous *par ses connaissances médicales, son expérience des hommes et des choses*. Notons, enfin, que le contrôleur n'est pas un sur-médecin, et que, dans les cas de litige avec le médecin traitant, un troisième médecin pourra être requis, qui les départagera.

QUATRIÈME PARTIE

LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES EN APPLICATION

Un principe humain, juste, louable, des articles parfaitement admissibles, d'autres injustes, mais corrigibles, un sérieux danger d'abus, dont auraient raison des arguments psychologiques, soutenus par un contrôle judiciaire et ses sanctions, telle nous est apparue la loi dans une étude théorique.

Si la réalité, la pratique, l'application de la loi, ne déformaient pas la loi elle-même, la proposition précédente, en nous résumant, nous servirait de conclusion.

Malheureusement, la situation ne paraît pas aussi claire : les lacunes ne se comblent pas; les injustices demeurent; la charte médicale subit déjà des atteintes, et le contrôle des caisses se signale par ses abus, tandis que le contrôle syndical s'avère impuissant.

CHAPITRE PREMIER

LA CHARTE MEDICALE ET LES ASSURANCES SOCIALES EN 1933

L'enquête organisée en mai 1933, par le *Médecin de France*, sur « les entraves apportées à l'exercice de la médecine dans la pratique des assurances sociales », montre que la charte médicale est violée sur plusieurs points et par plusieurs caisses.

A. — Le libre choix.

En province, partout, les caisses (du moins celles qui ont passé convention) respectent, en principe, le libre choix en matière de maladie et d'accouchements.

De nombreux syndicats signalent que le libre choix n'est pas respecté pour les consultations prénatales et de nourrissons.

On note quelques caisses patronales ayant conservé des services de soins à domicile qui existaient avant la loi.

Trois syndicats font connaître que *des caisses ont recommandé certains médecins*, deux caisses par circulaires ou affiches, les autres verbalement.

Trois syndicats signalent que des facilités de remboursement sont accordées aux assurés qui se font soigner par les anciens médecins de la société de secours mutuels qui a donné naissance à la caisse.

En Seine et Seine-et-Oise, le libre choix est respecté en principe, en matière de maladie, sous réserve des observations formulées plus bas.

En matière de maternité, la caisse interdépartementale et quelques autres caisses acceptent le libre choix pour les consultations prénatales seulement.

Aucune caisse ne l'admet pour les consultations de nourrissons. Une caisse patronale a conservé son service de soins à domicile qui existait avant la loi et l'a étendu au conjoint et aux enfants. (Ce service fonctionne par tiers payant.)

Quelques caisses font recommander certains médecins ou certains dispensaires par la société de secours mutuels annexée à la caisse.

Des caisses ont organisé des bureaux de paiement dans certains hôpitaux privés, certains dispensaires et certaines pharmacies mutualistes.

B. — L'entente directe.

En province, le tiers payant n'est officiellement pratiqué nulle part. Une seule caisse est signalée comme réglant elle-même les honoraires des médecins, malgré les protestations du syndicat, mais d'accord avec les médecins habituels de cette caisse.

Plusieurs syndicats font remarquer qu'ils ont dû intervenir pour empêcher certains médecins de recevoir leurs honoraires des caisses auxquelles ils les réclamaient...

Quelques rares syndicats ont admis cette modalité dans certains cas (chômeurs, par exemple).

Un seul syndicat a passé convention avec tarif limitatif. Quelques rares caisses réclament à leurs assurés des reçus d'honoraires ou la notation du chiffre des honoraires touchés sur la feuille de maladie.

En Seine et Seine-et-Oise, une caisse patronale a conservé ses contrats avec les médecins qu'elle employait avant la loi. Ceux-ci sont payés par tiers payant.

Plusieurs caisses ont réclaté, au début, l'indication sur la feuille de maladie des honoraires touchés.

Quelques-unes la réclament encore, mais à l'assuré.

De semblables dérogations, révélées par l'enquête du *Médecin de France*, présentent, en quelque sorte, un caractère officiel. Plus nombreuses, sinon plus bénignes, nous paraissent les fautes d'ordre privé commises contre le principe de l'entente directe par le médecin ou par l'assuré, voire par la caisse.

Parfois, il s'agit d'une négligence, d'une imprudence personnelle : le médecin signe dans la colonne de la feuille de maladie, réservée à l'acquit, sans avoir touché ses honoraires ; le client peut ensuite refuser de payer la dette acquittée par avance.

Souvent, il s'agit d'une complaisance coupable du médecin, qui, par le même procédé, fait supporter à la caisse le prix de sa popularité.

Parfois, c'est la caisse, au contraire, qui est responsable des fautes commises : l'assuré, momentanément gêné, ne pouvant payer son médecin, a *théoriquement* la possibilité d'emprunter à la caisse ; or, la caisse n'accorde pas souvent cette avance, et le médecin, n'osant pas refuser le crédit, signe : payé comptant, et risque de ne pas être payé, ou bien l'assuré envoie sa feuille de maladie non acquittée, par l'intermédiaire de la mairie de sa commune ; la feuille, dans ce cas, devrait être renvoyée, avec le papillon : « A payer d'abord et à présenter ensuite à la caisse », mais « la politique a ses raisons que la raison ne comprend pas, et le directeur de la caisse envoie parfois au représentant de la mairie l'argent du médecin, du pharmacien et des demi-journées. Au médecin d'aller réclamer à la mairie les deux tiers de son dû, en comptant sur la générosité du client pour le dernier tiers ! Parfois même, la caisse envoie la totalité de la somme au client, qui paie, ensuite... s'il le veut bien ! » (Duchesne.)

Souvent aussi, c'est l'assuré qui est coupable. La présence d'un remplaçant dans un cabinet médical est pour le malade une occasion de fraude qu'il laisse rarement échapper. Invariablement, au cours des remplacements que nous avons été appelé à faire, nous avons reçu la visite d'assurés sociaux

nous demandant de bien vouloir inscrire la date et signer l'acquit de quelques visites ou consultations pour lesquelles le médecin en congé aurait été honoré, mais qu'il aurait omis de mentionner sur la feuille de maladie...

C. — Liberté de prescription.

En province, on ne signale nulle part d'entrave à la liberté de prescription des médicaments inscrits au Codex.

Dans quelques départements, les caisses ont apporté, et quelquefois apportent encore, certaines restrictions au remboursement des spécialités pharmaceutiques.

En Seine et Seine-et-Oise, il n'est pas porté atteinte à la liberté de prescription.

Ces résultats de l'enquête du *Médecin de France* ne donnent pas une idée exacte du désarroi qui règne dans la pratique.

En effet, certaines caisses ne remboursent aucune spécialité; d'autres les remboursent seulement jusqu'à concurrence d'un pourcentage déterminé, en général 50 p. 100; d'autres, enfin, les remboursent intégralement, sous la seule déduction du ticket modérateur; cette dernière solution semble la seule légale, la seule en accord avec le paragraphe 4 de l'article 7 de la loi du 30 avril 1930.

« Ici, seuls les vaccins et sérums sont remboursés à l'exclusion de tout autre produit, alors qu'ailleurs ce ne sont que les produits dits « irremplaçables » qui sont admis (produits opothérapiques, arsénobenzènes), ainsi en décident certains pharmaciens, plus hypnotisés par une question commerciale individuelle que par une évolution sociale et scientifique. »

Dans quelques départements, les pharmacies ont exigé que, seuls, les produits opothérapiques en ampoules figureaient sur la liste de spécialités permises, alors que les mêmes produits, destinés à être absorbés *per os*, en cachets, par exemple, devraient être formulés, de sorte que ce serait le pharmacien détaillant qui les préparerait lui-même.

Certaines caisses, poussant plus loin l'illégalité, ont émis la prétention de limiter le maximum de chaque prescription de tel ou tel produit figurant dans une ordonnance de médecin, comme de fixer la quantité pouvant, dans un trimestre, être donnée à un même malade.

Ces procédés lèsent les intérêts de certaines firmes pharmaceutiques qui sont exclues de la liste départementale, alors que les maisons concurrentes sont inscrites; ils lèsent l'intérêt du malade, et c'est cela surtout qui les condamne. S'ils étaient portés à la connaissance des tribunaux, nul doute que ces procédés ne soient déclarés illicites. De toute façon, ils sont l'illustration d'une singulière conception de la liberté de prescription proclamée par la loi.

Pour singulière que soit cette conception, elle ne persiste pas moins à être la façon de voir des dirigeants des assurances sociales, et l'Union des caisses de la région parisienne, émue par le nombre des ordonnances médicales, « *comportant les spécialités les plus fantaisistes et les plus tapageuses* », a adressé, le 30 mars dernier, au ministre du Travail, une lettre, lui signalant « le danger d'une telle situation ». Cette lettre se termine ainsi : « En attendant une décision ministérielle favorable, nous sommes décidés à mettre un frein à ces *abus intolérables*. » Est-ce là la liberté de prescription ?

D. — Le secret médical.

D'après l'enquête du *Médecin de France*, faite en mai 1933, on peut dire que le secret professionnel n'est pas plus exempt d'atteintes que les autres prérogatives médicales.

En province, deux syndicats signalent deux caisses qui réclament du médecin l'inscription du diagnostic ou de la nature de l'intervention sur la feuille de maladie.

Les caisses qui demandent ces renseignements aux malades sont rares. La très grande majorité des caisses conservent les ordonnances.

Dans un département, la convention pharmaceutique com-

porte le tiers payant, et, par conséquent, les pharmaciens conservent les ordonnances, pour les présenter aux caisses, annexées à leurs mémoires.

En Seine et Seine-et-Oise, beaucoup de caisses réclament aux malades l'indication du diagnostic.

Toutes les caisses conservent les ordonnances.

En un mot, partout, l'ordonnance médicale, qui était la propriété du malade, devient celle de sa caisse d'assurance. Ce procédé nous paraît plus dangereux même que la violation franche de notre secret.

Il permet en effet au personnel de la caisse de se faire une idée de la maladie dont souffre son assuré; or, une idée de ce genre peut être ridiculement fausse et comme, par ailleurs, elle n'est pas un secret, elle peut être à l'origine d'un scandale, pour le moins « regrettable », pour celui qui en est la victime. Le Novarsénobenzol est un médicament antisypilitique, nul ne l'ignore. Qu'une ordonnance sur laquelle figurent quelques ampoules du précieux produit tombe sous les yeux du personnel non médical de la caisse, que de gorges chaudes, que de confidences malveillantes au sujet du pauvre malade dont le pharynx héberge peut-être tout simplement l'association fuso-spirillaire de Vincent !

Parfois, c'est le médecin qui, par négligence, et souvent parce qu'il s'agit d'une affection banale, oublie l'article 378 du Code pénal et donne à la caisse le diagnostic qu'elle lui demande. Des faits de cet ordre se produisent chaque jour. Or, c'est là une faute à ne pas commettre : dans un tel état de choses, en effet, lorsqu'on refusera de livrer un diagnostic, on dira clairement qu'il s'agit d'une tare que l'on veut tenir secrète, et le silence deviendra, alors, une violation du secret.

Tout dernièrement, le 11 juin 1933, la Commission des lois sociales a examiné de nouveau la question du secret professionnel. Trois questions ont été posées au cours de cette réunion.

a) Y a-t-il violation du secret dans le cas où un médecin

délivre à son malade, qui la lui demande, une attestation portant diagnostic ?

La Commission s'est ralliée aux suggestions du Docteur Guillaume, qui déclare, en substance, impossible de refuser à un malade un document dont il peut avoir besoin, ne serait-ce que pour constituer son livret de santé; mais il faudrait, ajoute-t-il, prendre l'habitude de délivrer ce certificat avec certaines précautions, en indiquant qu'il est donné au malade lui-même, *sur sa demande*, et en le faisant signer par le malade.

b) Le médecin peut-il communiquer à un tiers des renseignements touchant l'état de maladie de son client, ce tiers étant lui-même astreint au secret professionnel ?

Si ce tiers n'est pas médecin, la commission répond : non, d'un avis unanime.

c) Le médecin peut-il inscrire le diagnostic sur une formule administrative ou une feuille de maladie destinées à une administration publique ?

La réponse de la Commission est catégoriquement négative.

Voilà qui devrait fixer, une fois pour toutes, la question du secret médical dans l'application de la loi sur les assurances sociales. Cependant, il n'en est rien, car les avis émis par la Commission des lois sociales « *constituent une recommandation aux syndicats, sans revêtir un caractère impératif* ».

En résumé, la charte médicale subit, après une trentaine de mois seulement d'application de la loi, des atteintes dans tous ses éléments : ces violations sont rares et bénignes aux yeux des optimistes, mais elles sont pour nous un fâcheux présage de l'avenir des assurances sociales.

CHAPITRE II

LE CONTRÔLE DANS L'APPLICATION DE LA LOI

L'organisation du contrôle nous paraissait, en théorie, la garantie la plus sûre du bon fonctionnement de la loi. Sévère dans les cas de fraudes, ce contrôle devait être, au contraire, le défenseur du bon droit.

Or, son esprit même est faussé dans la pratique.

A. — Le contrôle syndical.

Le contrôle syndical s'avère impuissant :

a) Parce que trop de caisses s'en désintéressent, en dépit du gros effort qu'ont accompli les Syndicats pour faire rendre à ce contrôle un effet utile. L'enquête récente du *Médecin de France* montre qu'en 1932, dans la région parisienne, 7 caisses seulement sur 72 ont eu recours au contrôle technique, tandis qu'en province un « trop grand nombre de départements ont fait savoir que les caisses y ont recouru « peu », « rarement », « jamais ».

b) Parce que les modalités pour faire connaître les sanctions aux assurés sont encore « à l'étude ». L'affichage dans les locaux de la caisse est inefficace, car nombre d'assurés, envoyant leurs pièces et se faisant régler par mandat, ne viennent pas à la caisse et peuvent toujours prétendre n'avoir pas lu l'avis interdisant à tel médecin de soigner les assurés sociaux. La lettre individuelle aux assurés est trop onéreuse. Quant à faire prendre au médecin condamné l'engagement d'assurer l'exécution de sa peine, les caisses en acceptèrent l'idée, mais ne la mirent pas en application.

B. — Le contrôle des caisses.

Le contrôle des caisses se rend coupable d'abus. — Sur 70 syndicats qui ont répondu au questionnaire de M. Hilaire, 21 signalent que le médecin contrôleur critique le médecin traitant; 18 syndicats rapportent que, manquant à la déontologie la plus élémentaire, le médecin contrôleur soupçonne d'abus le médecin traitant au vu et su de son malade.

S'il est fait souvent sans tact, le contrôle des caisses n'est parfois pas fait avec toute la compétence désirable, témoins les quelques cas que nous rapportons ici, et dont la personnalité du Docteur Raphaël Massart garantit l'authenticité.

PREMIER CAS. — Un médecin des hôpitaux, cardiologue éminent et indiscuté, ayant examiné une malade atteinte du syndrome de Basedow, conseille à cette assurée des séances de radiothérapie sur le corps thyroïde.

Le contrôleur, en l'espèce une jeune doctoresse, examina la malade, constata un pouls précipité et fit le diagnostic de lésion cardiaque; elle conclut que, dans ces conditions, tout traitement par les rayons était inutile, et la caisse refusa à l'assurée le remboursement de ses séances de radiothérapie.

DEUXIÈME CAS. — Un ancien président de la Société de radiologie, radiologue des hôpitaux, ayant à examiner un assuré social suspect d'ulcus, exécuta un grand nombre de clichés en série, ce qui lui permit de conclure avec certitude à un ulcère du duodénum.

On sait toutes les difficultés que présente souvent un tel diagnostic, on ne peut le poser avec certitude qu'après la réalisation de très bons clichés. Or, le malade, qui avait subi ces examens, fut contrôlé par le médecin de la caisse, qui, après un simple examen radioscopique, déclara qu'il n'y avait pas d'ulcère du duodénum.

Une discussion assez vive s'éleva entre les deux confrères; des lettres furent échangées, et l'affaire n'en restant pas là

eut son écho en dehors de la caisse, au sein des sociétés scientifiques.

TROISIÈME CAS. — Un médecin de la banlieue traitait les urétrites blennorragiques par de grands lavages, méthode couramment usitée. Or, non seulement la caisse refusait à ses clients le remboursement des frais médicaux, mais encore ces clients se sont entendu dire par le médecin contrôleur de la caisse qu'on pouvait traiter et guérir les urétrites sans lavages et que, pour cette besogne, un infirmier pouvait fort bien remplacer le médecin.

QUATRIÈME CAS. — Le 15 décembre 1932, un chirurgien orthopédiste voit, à sa consultation hospitalière, un enfant qui lui est adressé par un confrère pour une scoliose. Après un examen très complet de l'enfant nu, dont la scoliose est manifeste, l'attention est attirée vers la région sacro-lombaire, où le spécialiste soupçonne une altération de la 5^e vertèbre, amenant un glissement du rachis sur le sacrum. La scoliose dorsale était la conséquence de cette importante lésion, et il importait, avant tout autre traitement, de mettre la région sacro-lombaire au repos, ce qui fut fait.

Or, cet enfant, contrôlé par la caisse, a vu critiquer le traitement auquel il était soumis; le médecin chef du contrôle adressa au médecin traitant la lettre suivante :

« Scoliose dorsale gauche grave, se redressant cependant très bien avec des manœuvres manuelles de corrections. Il aurait été à souhaiter que cet enfant fût soumis à un traitement correcteur soit par des appareils plâtrés successifs, soit même par des appareils en celluloïde, établis sur moules positifs rectifiés... »

Le chirurgien en cause a répondu au médecin chef du contrôle une lettre dans laquelle il lui faisait observer que le contrôleur n'avait vu qu'une partie des lésions et qu'il ne saurait admettre des conseils thérapeutiques donnés un peu trop à la légère et après des examens un peu trop hâtifs.

Ce cas est particulièrement intéressant, puisqu'il montre

l'intrusion de la caisse dans la thérapeutique, avouée par la lettre même du médecin chef du contrôle et la démonstration de l'erreur du contrôleur solidement étayée par deux clichés radiographiques.

Des exemples aussi significatifs nous permettent, peut-être, de comprendre les statistiques stupéfiantes dressées par les dirigeants des caisses, statistiques qui tendraient à prouver qu'un huitième à peine des diagnostics établis chaque jour par les médecins est exact. Ces exemples nous édifient surtout sur la valeur du contrôle des caisses.

Devant cet état de choses, l'opinion devrait s'alarmer. Les assurances sociales, telles qu'elles apparaissent en pratique, devraient émouvoir la France, au moins autant que leur projet a pu l'émouvoir.

Or, les médecins, vexés sans doute, écœurés peut-être, par les atteintes portées à leurs chers privilèges, que tout le monde avait feint de vouloir respecter, ne semblent plus réagir : il faut vivre, même étant médecins, et les soucis de la clientèle ne leur laissent pas le courage d'employer à la lutte leurs instants de loisir.

Les assurés, mécontents, protestent, mais « en sourdine » : ils ne jettent plus les livrets d'assurances sociales à la mer, comme à Toulon en 1930. On leur affirme que la loi aide « en même temps à l'affranchissement du prolétariat, ainsi qu'à l'avènement d'une société meilleure où coulera avec abondance et bonté, en même temps que la souveraineté du travail, une santé publique largement améliorée » (discours prononcé à Bordeaux le 9 avril 1933)...

Dès lors, tout va très bien...

Tout va très bien, en effet, pour les caisses qui reconnaissent avoir « des bonis considérables », bonis qui font la force de leurs projets d'avenir, dont les infractions présentes aux articles de la loi ne sont que les prémices.

CHAPITRE III

L'AVENIR DES ASSURANCES SOCIALES

A. — Les projets des caisses d'assurance.

M. Marcel Martin, directeur adjoint de la Caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, les a énoncés au cours d'une conférence, donnée le 1^{er} février 1933 à la Bourse du travail.

L'orateur attaque, tout d'abord, la charte médicale. S'il ne dit rien de la liberté de confiance, il critique l'entente directe, « moyen de défense des dichotomistes » ; il réproouve la liberté de prescriptions, par laquelle « nous voyons que les spécialités pharmaceutiques, plus ou moins de compérage, et plus ou moins charlatanesques, augmentent en nombre et en prix, sinon en efficacité ». En prétendant que tous les collaborateurs des caisses sont assujettis au secret professionnel, comme les médecins, il reconnaît tous les manquements au respect de notre pauvre secret, qui devient un secret de polichinelle.

La charte médicale, ainsi sabrée, d'une façon fort habile d'ailleurs (qui a inspiré à M. Duchesne un article intitulé : *Comment on dore une pilule*), M. Martin parle de l'avenir.

Dans ses projets, il n'y a place pour l'amélioration du « délai de six mois », ni pour des correctifs aux injustices analogues contenues dans la loi : la charge des maladies congénitales et chroniques « ne peut légitimement incomber à l'assurance-maladie ».

Pour adoucir les « grincements » que l'on sent encore dans l'application de la loi, un seul remède : « la collaboration

plus complète et plus intime » des caisses avec les médecins; « *l'intervention directe des organismes des assurances sociales dans le diagnostic et même dans le traitement des assurés malades* ».

L'orateur prévoit la « création ou le développement d'institutions de soins et de prévention; la mise à la disposition du « médecin de famille » d'établissements de dépistage et de diagnostic, dont la médecine scientifique ne peut plus se passer ». « Qu'on le veuille ou non, dit M. Martin, les caisses doivent, par conséquent, intervenir de plus en plus dans le traitement même de leurs malades. »

Bien que l'expression « médecin de famille » ait fleuri, un instant, sur les lèvres de leur porte-parole, il est facile de comprendre ce que veulent les caisses.

Elles veulent substituer au régime actuel du libre choix et de l'entente directe, la *médecine de caisse* dont elles auront la maîtrise, qui leur sera soumise, et « qu'elles mèneront à la baguette, comme elles mènent, déjà, leurs médecins contrôleurs » (Duchesne).

Elles veulent accaparer la médecine de soins, qui se confondra avec la médecine de contrôle.

Elles veulent acquérir la suprématie, à l'instar des caisses allemandes, aux dépens du bonheur des assurés et de la moralité des médecins, comptant, pour aboutir à leurs fins, sur l'encombrement de la carrière médicale.

Elles veulent la fin de la médecine libre, affirmant que « certaines règles, auxquelles les médecins tiennent parce qu'elles représentent à leurs yeux la tradition, sont incompatibles avec une application normale des assurances sociales » (M. Martin).

On sourit tristement lorsque, connaissant cette situation, on relit le cri de victoire du Docteur Paul Guérin : « En restant intransigeants sur les points essentiels de la charte, et en exigeant le libre choix du médecin par l'assuré, la liberté thérapeutique; le respect du secret professionnel, l'entente directe du malade et du praticien, sans interposition de la

caisse, les médecins français n'ont pas seulement sauvé leur art du déshonneur, ils ont conservé à l'assuré social les avantages de la médecine traditionnelle ! »

On retient, par contre, le titre d'un article, signé du même auteur, et publié dans *l'Ami du peuple* : « Faut-il supprimer les Assurances sociales ? » C'est la question qui se pose.

B. — Faut-il supprimer les assurances sociales ?

Le principe de la loi que nous nous sommes plu à reconnaître humain et bon nous fait une obligation de tout tenter pour éviter cette solution extrémiste.

D'ailleurs, le fonctionnement des assurances sociales est satisfaisant dans quelques départements. La Gironde donne « l'exemple de la concorde parfaite » (entre syndicats et caisses) (Oraison). C'est là un encouragement.

Cependant, dans l'espoir, n'oublions pas la sauvegarde de nos droits : « Il ne s'agit pas de se livrer pieds et poings liés à un Etat avide de fonctionnarisation » (Duchesne).

L'extension du syndicalisme, l'Ordre des médecins, en rendant plus vive en chacun de nous la notion du devoir, nous donneront la force de faire respecter notre charte.

La médecine doit rester libre; nous « poursuivrons notre art, en le modifiant, en le modelant, au fur et à mesure, selon les découvertes scientifiques, et non d'après des essais de sociologie » (Duchesne).

D'ailleurs, verrions-nous un jour des médecins de caisses, des fonctionnaires-médecins, des officiers de santé d'assurances sociales; quelles que soient les transformations que l'avenir apporte à l'exercice de la médecine, il y aura toujours place pour le vrai médecin, pour l'« homme de la douleur », parce qu'il y aura toujours des mamans qui voudront entourer de leurs soins et de leur tendresse leur enfant malade, et parce qu'il y aura toujours des sages, qui, loin des vains bruits, voudront mourir recueillis dans le lit de leurs vingt ans !

CONCLUSIONS

Animé par un sentiment altruiste dont on ne saurait méconnaître la beauté, stimulé aussi par les institutions étrangères et par la politique démocratique au goût du jour, le législateur édifia un premier projet de la loi française sur les assurances sociales, en 1924.

Ce projet émut le corps médical.

Fort de son devoir « d'avoir à défendre la médecine et les médecins, et, ce faisant, les assurés futurs », le corps médical, au Congrès du 30 novembre 1927 et à l'Assemblée générale du 7 décembre 1928, déclara qu'il refuserait sa collaboration, si l'on n'apportait au projet de loi les modifications que réclamait la « morale de la médecine ». Il édicta la charte médicale.

Satisfaction lui fut donnée *théoriquement* : la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928 et celle du 30 avril 1930 reconnurent le libre choix du médecin par le malade, l'entente directe du malade et du médecin pour le paiement des honoraires, la liberté de thérapeutique, le respect du secret médical.

Dès lors, la Confédération des syndicats médicaux français, réunie en assemblée générale extraordinaire le 27 juillet 1930, « désireuse de permettre l'expérience loyale du fonctionnement d'une loi sociale de cette importance, décida de collaborer à *titre d'essai* au fonctionnement de ladite loi ». A *titre d'essai*, c'est-à-dire, a-t-il été précisé, sous réserve que les principes essentiels du libre choix, de l'entente directe, de la liberté de prescription, du respect du secret médical, ne seraient pas rendus caducs ou inopérants dans la pratique.

Or, notre étude montre qu'après une trentaine de mois

d'application des assurances sociales les atteintes portées à la charte médicale sont nombreuses, sinon graves :

Plusieurs caisses d'assurances sociales recommandent certains médecins à leurs assurés; d'autres réclament aux malades des reçus d'honoraires, ou se chargent elles-mêmes du règlement des médecins; d'autres veulent limiter la quantité de tel ou tel médicament pouvant être donné dans un trimestre à un même malade; le plus grand désarroi règne dans le remboursement des spécialités; toutes les caisses conservent les ordonnances médicales et beaucoup réclament du médecin le diagnostic.

D'autre part, le contrôle est *pratiquement* faussé dans son principe même : les caisses se désintéressent du contrôle syndical, qui, de ce fait, devient impuissant. Le contrôle des caisses, par contre, se rend coupable d'abus en s'immisçant dans les rapports du médecin traitant et du malade, et en ne faisant souvent pas preuve de toute la compétence désirable.

Enfin, l'ambition des caisses d'intervenir directement dans le diagnostic et même dans le traitement des assurés malades a été exprimée par les dirigeants des organismes d'assurances sociales.

Un tel état de choses menace gravement l'avenir de la médecine libre.

Dans l'extension du syndicalisme, dans l'Ordre des médecins, nous espérons que le praticien français puisera la force de faire respecter ses privilèges, sans lesquels sa science et son dévouement se perdraient sans profit pour le malade.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. LANDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 28 Octobre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ANTONELLI. — Guide pratique des assurances sociales. Payot, Paris, 1929.

APPLETON et SALAMA. — Le droit médical. Librairie du *Monde médical*.

CHAUVEAU. — La loi sur les assurances sociales à la portée de tous.

— Commentaire juridique, financier et administratif.

— Toute la loi en 24 causeries. Librairie générale de droit et de jurisprudence.

CHARMANTIER. — Code pratique des assurances sociales. Librairie des lois et décrets.

CIBRIE et HILAIRE. — Assurances sociales; assurance maladie; guide pratique à l'usage des médecins et des syndicats médicaux. Librairie Masson et Cie.

CROUZON. — Les assurances sociales. Librairie Masson et Cie, Paris, 1930.

DURAND. — L'application pratique de la loi sur les assurances sociales. Editions Spès.

EYLAUD. — Les assurances sociales en France et la protection de la santé publique. Librairie Félix Alcan.

HERZENSTEIN. — Petit guide pratique des assurances sociales. Librairie Rousseau et Cie.

LIEK. — Les méfaits des assurances sociales en Allemagne. Paris, 1929.

LINAIS. — Ce qu'il faut penser des assurances sociales. Imprimerie nancéienne, Nancy, 1932.

NITRAN. — Assurances sociales. Texte de loi et commentaires. Editions Henri Jean, Paris.

SOLUS. — Qu'est-ce que les assurances sociales ?

— Comment fonctionnent les assurances sociales.

— Le nouveau régime des assurances sociales. Librairie du
Recueil Sirey, Paris, 1929.

Thèses de doctorat en droit.

CAILLÈS. — La loi sur les assurances sociales et la mutualité.
Paris, 1929.

COLONI. — L'assurance-maladie-invalidité et le projet de loi sur les
assurances sociales. Paris, 1927.

DEGAS. — Le problème de l'assurance-maladie-invalidité. Paris,
1929.

DENIZET. — L'assurance-maladie obligatoire et son introduction en
France. Strasbourg, 1927.

SALINGARDES. — L'assurance sociale contre la maladie. Bordeaux,
1931.

Thèses de doctorat en médecine.

JUNGUÉ (Pierre). — Contribution à l'étude de la loi des assurances
sociales. Paris, 1931.

PETIT (René). — Assurances sociales et consultations prénatales.
Paris, 1932.

TABARY (Michel). — Le médecin et la loi sur les assurances sociales.
Paris, 1932.

THOMAZI (Pierre). — Le médecin et l'assurance sociale en Alsace.
Paris, 1932.

Revue et Périodiques.

L'Animateur des temps nouveaux, 21 juin et 27 déc. 1929.

Le Concours médical, de 1927 à 1933.

Le Médecin de France, de 1927 à 1933.

La Médecine pratique, 20 févr. 1933.

Le Bulletin médical de Bordeaux, oct. 1932.

Documents.

Bureau International du Travail. — Etudes et documents, série M
(ass. soc.), n° 6.

a) l'assurance-maladie libre (Genève, 1927);

b) l'assurance-maladie obligatoire (Genève, 1927).

Journal officiel :

1^{er} mai 1930;

26 juillet 1930;

8 août 1930;

14 août 1930;

20 août 1930;

4 septembre 1930;

21 septembre 1930;

22 septembre 1930;

23 septembre 1930.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11

PREMIERE PARTIE

Origines et texte de la loi sur les Assurances sociales. (Risque-maladie.)

CHAPITRE I. — <i>Etude historique</i>	13
A. — Les lois sociales	13
B. — La loi sur les assurances sociales	13
CHAPITRE II. — <i>Les assurances sociales en Allemagne</i>	17
CHAPITRE III. — <i>La loi française; son principe</i>	22
CHAPITRE IV. — <i>La loi française; son texte</i>	25
A. — Considérations générales	26
B. — Le risque-maladie	31
C. — Appendice	37

DEUXIEME PARTIE

Etude critique de la loi.

CHAPITRE UNIQUE	39
-----------------------	----

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE I. — <i>La charte médicale et les assurances sociales</i>	49
A. — Le libre choix	50
B. — L'entente directe	53
C. — La liberté de prescription	56
D. — Le secret médical	57

	Pages
CHAPITRE II. — <i>Le Contrôle</i>	60
A. — Le contrôle général ou administratif	60
B. — Le contrôle médical et syndical	64

QUATRIEME PARTIE

La loi sur les assurances sociales en application.

CHAPITRE I. — <i>La charte et les assurances sociales en 1933</i>	66
A. — Le libre choix	66
B. — L'entente directe	67
C. — La liberté de prescription	69
D. — Le secret médical	70
CHAPITRE II. — <i>Le contrôle dans l'application de la loi</i>	73
A. — Le contrôle syndical	73
B. — Le contrôle des caisses	74
CHAPITRE III. — <i>L'avenir des assurances sociales</i>	77
A. — Les projets des caisses d'assurances	77
B. — Faut-il supprimer les assurances sociales ?	79
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

